

## Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

### Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Agnieszka Kałużna  
dyżuruje w środy w godz. 16.00–18.00

### Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

### Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

### Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk  
tel. 42 633 22 48

### Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

### Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Elżbieta Mamińska  
dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00–17.00  
tel. 42 633 23 94  
w pozostałe dni kontakt z Krystyną Sawczenko  
– spec. ds. merytoryczno-kancelaryjnych ORzOZ  
tel. 42 633 23 94

### Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

dr n. o zdr. Grażyna Kozak  
dyżuruje w I i III poniedziałek miesiąca  
w godz. 15.30–17.00

### Redaktor Naczelny „Biuletynu”

mgr Joanna Gąsiorowska  
dyżuruje we wtorki w godz. 16.00–18.00  
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

### Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź  
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74  
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;  
**poniedziałek – dzień bez interesantów**  
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

### Konto bieżące OIPiP

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

### Prawo wykonywania zawodu

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00  
tel. 42 633 32 13

### Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;  
tel. 42 639 92 62  
mgr Justyna Łabuzińska-Gawrysiak  
mgr Danuta Ciechomska

### Biblioteka OIPiP

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. 42 633 92 98

### Pośrednictwo pracy i dział socjalny

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

### Mecenas

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

### Kasa

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

# W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY	2
DZIAŁ PRAWNY	4
TEMAT MIESIĄCA	8
PRAKTYKA ZAWODOWA	13
GŁOS ZE ŚRODOWISKA	20
PODZIĘKOWANIA	21
POŻEGNANIA	24

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

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

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

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelny: mgr Joanna Gąsiorowska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640-7679

Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

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

## Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

## XXX posiedzenie ORPiP (2 września 2014 r.)

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 34 pielęgniarek i 2 pielęgniarzy.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 6 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarki/pielęgniarsza do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki i 1 pielęgniarsza.
- ▶ Rozpatrzono wnioski w sprawie przerwy wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę skierowano na przeszkolenie na okres 6 miesięcy.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 7 praktyk pielęgniarek i 1 praktyki pielęgniarsza wykonywanych w przedsiębiorstwach.
- ▶ Zatwierdzono wizytację praktyk pielęgniarek i położnych wpisanych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi: 4 praktyk położnych i 2 praktyk pielęgniarek.

▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w: kursach kwalifikacyjnych – 4 osobom. Odmówiono 12 osobom przyznania dofinansowania ze względów regulaminowych: udziału w 3 kwalifikacyjnych ukończonych w innych podmiotach oraz 3 osobom utrzymano decyzje odmowne w mocy, ze względu na to, iż niniejsze kursy były/są organizowane i finansowane z budżetu OIPiP w Łodzi – zgodnie z przyjętym i opublikowanym planem kursów i szkoleń na rok 2014.

▶ Zatwierdzono:

- koszty remontu i wyposażenia trzech sal wykładowych na pierwszym piętrze (nr 25, 26 i 27) w OIPiP w Łodzi w zakresie wykonania prac remontowych, malarskich i adaptacyjnych, zakupu wykładziny i 80 sztuk krzeseł stacjonarnych a także brakujących mebli do uzupełnienia wyposażenia biura oraz wyposażenia informatycznego w salach wykładowych i kserokopiarki, w ramach budżetu na rok 2014.

- koszty zakupu dwóch programów do działu księgowości OIPiP w Łodzi, do przekazywania PIT-ów do urzędów skarbowych drogą elektroniczną od stycznia 2015 roku.

- sfinansowanie 12 członkom ORPiP i komisji problemowych OIPiP kosztów udziału w 5 konferencjach szkoleniowych, warsztatach w Warszawie, Krakowie i Grabinach k. Tarnowa.

- przygotowanie dodatkowego programu oraz zorganizowanie i sfinansowanie z budżetu OIPiP w 2014 r. 1 edycji kursu doszkalającego w zakresie „Cewnikowania dzieci”, program dla pielęgniarek i położnych. Uwaga – zapraszamy w pierwszej kolejności pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania do składania wniosków w biurze OIPiP – dziale kształcenia podyplomowego.

- kadre dydaktyczną dla 10 kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w zakładach oraz w OIPiP.

- powołanie składu osobowego komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla kursu specjalistycznego w zakresie Szczepień ochronnych (Nr 03/08), program dla pielęgniarek, organizowanego i finansowanego z budżetu OIPiP w Brzeziniach.

- wyrażono zgodę na udział 7 pielęgniarek w kursach specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w zakładach Resuscytacji krążeniowo-oddechowej (Nr 01/11) oraz Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07), programy dla pielęgniarek i położnych, Podstaw dializoterapii (Nr 08/07), program dla pielęgniarek, pod warunkiem wolnych miejsc w poszczególnych edycjach kursu.

- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do 4 komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych na 1 szkolenie specjalizacyjne, 1 kurs kwalifikacyjny i 2 kursy specjalistyczne odbywające się u 1 organizatora kształcenia podyplomowego w Łodzi.

- ▶ Powołano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowisko kierownicze w 1 podmiocie leczniczym – 1 ordynatora oddziału.

## XXXIII posiedzenie Prezydium ORPiP (24 września 2014 r.)

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 15 pielęgniarek i 1 pielęgniarsza.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 5 położnych.

- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.

- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek.

- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.

- ▶ Wydano nowy dokument zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.

- ▶ Przyjęto oświadczenia pielęgniarek o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarek.

- ▶ Rozpatrzono wnioski w sprawie przerwy wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej – 1 położnej skrócono okres przeszkolenia o 2 miesiące i 1 pielęgniarkę skierowano na przeszkolenie na okres 6 miesięcy.

- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyk pielęgniarek wykonywanych w przedsiębiorstwie.

- ▶ Dokonano zmiany we wpisie w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 zmiana miejsca wykonywania praktyki pielęgniarki w przedsiębiorstwie.

- ▶ Dokonano 2 wpisów do rejestru organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – wpisu na prowadzenie 1 kursu specja-

listycznego i 1 kursu doszkalającego przez 2 organizatorów kształcenia podyplomowego.

- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w: konferencji – 1 osobie. Odmówiono 6 osobom przyznania dofinansowania ze względów regulaminowych: udziału w kursie kwalifikacyjnym ukończonym w innym podmiocie – niniejszy kurs był organizowany i finansowany z budżetu OIPiP w Łodzi – zgodnie z przyjętym i opublikowanym planem kursów i szkoleń na rok 2014.

- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi 5 zapomóg, w wysokości: 2 x 2500 zł, 1 x 2000 zł, 1 x 1500 zł i 1 x 1000 zł. Odmówiono 1 osobie przyznania zapomogi, ze względów regulaminowych – opisane zdarzenie nie spełniło wymogu regulaminu – zdarzenia losowego wymagającego dodatkowych nakładów finansowych przekraczającego możliwości wnioskodawcy.

- ▶ Zatwierdzono:

- koszty zakupu urządzenia wielofunkcyjnego dla organu ORZOZ w Łodzi.

## NRPIP

W związku ze zbliżającym się końcem roku przypominamy, iż:

- Na podstawie art. 97 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174 poz. 1039) osoby, które ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie pielęgniarki bądź ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie położnej, które nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania zawodu przed dniem 1 stycznia 2012 r. a spełniają inne wymagania określone w art. 28 albo art. 31 ww. ustawy, mogą uzyskać stwierdzenie prawa wykonywania zawodu, jeżeli do dnia 1 stycznia 2015 r. złożą stosowny wniosek.

- koszty zakupu 2 wodomierzy do zainstalowania w budynku w obecnej siedzibie OIPiP w Łodzi.

- honoraria dla 2 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP Nr 7–9/2014.

- kadre dydaktyczną dla 16 kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w zakładach i w OIPiP.

- powołanie składów osobowych komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych dla 5 kursów specjalistycznych, organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w 5 zakładach.

- zatrudnienie specjalisty ds. kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w OIPiP w Łodzi.

- ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej – 2 szkoleń specjalizacyjnych i 2 kursów kwalifikacyjnych odbywający się u 1 organizatora kształcenia podyplomowego w Łodzi.

oprac. mgr Maria Kowalczyk – Sekretarz ORPiP

- Na podstawie art. 96 ust 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174 poz. 1039) osoby posiadające ograniczone prawo wykonywania zawodu, które nie ukończyły stażu podyplomowego przed dniem 1 stycznia 2012 r. mają czas na jego ukończenie do dnia 1 stycznia 2015 r.

Po upływie tego terminu prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa.

Przypominamy również o obowiązku aktualizowania danych, który nakłada na wszystkich członków samorząd art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174 poz. 1039). Powyższe informacje prosimy zgłaszać do działu rejestru, pok. nr 5, tel. (42) 633 32 13.



<b>PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU PIELEŃNIARKI*</b>	
JEST JEDYNYM DOKUMENTEM STWIERDZAJĄCYM UPRAWNIENIE DO WYKONYWANIA ZAWODU PIELEŃNIARKI NA OBSZARZE RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ	
Nazwa okręgowej rady pielęgniarek i położnych	
Zaświadczenie nr ..... o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarsza*	
Pani(Pan) .....	
(imię i nazwisko)	
ur. dnia ..... 19..... r.	
w ..... (miejsce urodzenia)	
posiadająca(y) .....	
(numer, miejsce i data wydania dyplomu lub dokumentu stwierdzającego posiadanie określonych kwalifikacji zawodowych)	
jest uprawniona(y) na podstawie art.12 ust.1 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 91, poz. 410 z późn. zm.) do wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarsza* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.	
miejsce na pieczęć okrągłą	
numer rejestru pielęgniarek i położnych	
data i miejsce wydania zaświadczenia	
podpis przewodniczącego okręgowej rady pielęgniarek i położnych	
*niepotrzebne skreślić	

## Uchwała NRPiP w sprawie procedury postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny

Uchwała 206/V1/2014

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 6 czerwca 2014 r.

w sprawie przyjęcia procedury postępowania  
pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą  
dla funkcjonariusza publicznego w przypadku  
agresywnego zachowania pacjenta/rodziny

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 ze zm.) w zw. z art. 4 ust 1 pkt 1–5 i art. 5 ust 1 pkt 1–9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przyjmuje procedurę postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny, która stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Ustala się również wzór wniosku zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa wobec funkcjonariusza publicznego, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRPiP (-) Joanna Walewander  
Prezes NRPiP (-) Grażyna Rogala-Pawelczyk

**Załącznik nr 1 do Uchwały nr 206/V1/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny**

**Procedura postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny**

Procedura dotyczy zasad postępowania pielęgniarki, położnej w przypadku zachowania osoby agresywnej podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust 1 pkt 1–5

i art. 5 ust 1 pkt 1–9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) korzystających z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych zgodnie z art. 11 ust 2 ww. ustawy.

### Cel

Zapewnienie ochrony pielęgniarkom i położnym, stworzenie bezpiecznych warunków pracy oraz prawidłowe i niezakłócone wykonywanie przez nich obowiązków służbowych podczas oraz w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta.

### Określenie pojęć

Agresja (łac. *aggressio* napaść, natarcie), psychol. działanie (fizyczne, słowne) zmierzające do spowodowania szkody, wyrządzenia krzywdy fizycznej lub psychicznej, skierowane na inną osobę, także zamiar takiego działania lub względnie trwała tendencja do takich działań.

Agresja fizyczna – atak skierowany na inną osobę, w którym atakujący posługuje się określonymi częściami ciała lub narzędziami przyjmującym formę uderzenia, potrącenia, kopnięcia, pobicia itp. powodującym zadanie bólu lub uszkodzenia ciała.

Agresja słowna (werbalna) – posługiwanie się sformułowaniami werbalnymi, szkodliwymi dla atakowanej osoby, wywołując w niej strach, poczucie krzywdy lub odrzucenie emocjonalne.

Pobudzenie – to stan psychicznego podniecenia i wzmożonej aktywności.

Osoba agresywna – pacjent, rodzina pacjenta, opiekun itp.

Naruszenie nietykalności cielesnej – to każda umyślna czynność osoby agresywnej oddziałująca na ciało pielęgniarki, położnej, która nie jest przez nią akceptowana. Każde bezprawne dotknięcie, upokorzenie lub inny krzywdzący kontakt fizyczny (umyślne sprawienie bólu np. kopnięcie, szarpanie za włosy, spoliczkowanie, popchnięcie itp.) lub czynności, które są dla niej obraźliwe, krzywdzące, kłopotliwe.

Czynna napaść – każde działanie zmierzające bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej i wyrządzenia w ten sposób dolegliwości fizycznej. Staje się więc przestępstwem dokonany w chwili przedsięwzięcia działania zmierzającego bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej, które w rzeczywistości nie musi nastąpić.

Znieważenie – to każde zachowanie osoby agresywnej, uwłaczające godności osobistej pielęgniarki, położnej, stanowiące przejaw lekceważenia, pogardy, mające obelżywy, obraźliwy charakter (obraźliwe słowa, gesty). W praktyce jest to używanie w stosunku do pielęgniarki i położnej słów wulgarnych, powszechnie uznanych za obelżywe, gesty.

### Opis zasad zastosowania procedury

Warunki:

Objęcie pielęgniarki i położnej szczególną ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego możliwe jest dopiero po zaistnieniu przesłanek zawartych w art. 4 ust. 1 pkt 1–5 i art. 5 ust. 1 pkt 1–9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, które muszą wystąpić podczas i w związku z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną wskazanych w ww. przepisach prawnych czynności.

Zaistnienie zdarzenia „podczas i w związku” z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną świadczenia zdrowotnego oznacza zbieżność czasową i miejscową zachowania osoby agresywnej i wykonywania obowiązków służbowych przez funkcjonariusza publicznego niezależnie od miejsca pracy i formy zatrudnienia.

Pełnienie obowiązków służbowych przez pielęgniarkę i położną może mieć miejsce również poza godzinami pracy, jeśli w tym czasie podejmuje czynności związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jednak musi zaistnieć związek czasowo-przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a udzielanym rodzajem świadczeń. W świetle art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna wykonująca czynności, o których mowa poniżej jest traktowana w taki sposób przez prawo, w jaki sposób kodeks karny traktuje funkcjonariuszy publicznych. Na przykład: naruszenie jej nietykalności cielesnej, zniewaga czy czynna napaść na nią będzie kwalifikowana jako przestępstwo, o którym mowa w przepisach kodeksu karnego.

Przesłanki:

1. Ochrona prawna przysługująca pielęgniarcie objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających na:

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

2. Ochrona prawna przysługująca położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających na:

- rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w okre-

ślonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej

- kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
- badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

### Procedura postępowania pielęgniarki, położnej

W przypadku agresywnych zachowań ze strony osoby agresywnej, pielęgniarka, położna podejmuje działania w zakresie:

- wyciszenia agresji poprzez rozmowę w celu wyjaśnienia powodu jej powstania,
- zachowania bezpiecznej odległości wobec osoby agresywnej,
- informowania wyżej wymienionej osoby o przysługującej pielęgniarcie, położnej ochronie prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego i konsekwencjach prawnych z tym związanych,

W przypadku zaistnienia zachowań, jakich dopuściła się osoba agresywna wobec funkcjonariusza publicznego należy:

- w przypadku zaistnienia przesłanek przestępstwa zawiadomić organa ścigania składając zawiadomienie stanowiące załącznik nr 1 o przestępstwie uwzględniając:
  - okoliczności ze wskazaniem, że do zdarzenia doszło w czasie i w związku z wykonywaniem czynności służbowych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - wskazać w trakcie, jakich czynności (udzielanego świadczenia) doszło do zdarzenia,
  - odnotować powyższy fakt w obowiązującej dokumentacji medycznej, uwzględniając, powyższe przesłanki,
  - wskazać świadków zdarzenia, jeśli to możliwe z imienia i nazwiska,
- poinformować niezwłocznie kierownika oddziału/placówki, lekarza dyżurnego, przełożonego o zaistniałej sytuacji,
- w przypadku doznanych obrażeń przez pielęgniarkę, położną, poddanie się badaniu przez biegłego lekarza medycyny sądowej.



### Ochrona prawno-karna należna funkcjonariuszowi publicznemu

Pielęgniarka i położna objęta ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w myśl art. 11 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej podczas i w związku z wykonywaniem przez niego świadczeń zdrowotnych chroniony jest przez odrębne przepisy Kodeksu Karnego w przypadku naruszenia nieetykalności cielesnej, czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego oraz znieważenia funkcjonariusza publicznego. Przepisy ustawy karnej odnoszące się do ochrony prawno-karnej funkcjonariusza publicznego mają za zadanie chronić godność i nieetykalność cielesną pielęgniarek i położnych.

O naruszenie nieetykalności cielesnej funkcjonariusza można oskarżyć tylko kogoś, kto zrobił to podczas pełnienia przez funkcjonariusza obowiązków służbowych lub w związku z nimi i będzie podlegał odpowiedzialności prawno-karnej. Przepisy ustawy karnej odnoszące się do ochrony prawno-karnej funkcjonariusza publicznego mają za zadanie chronić godność i nieetykalność cielesną pielęgniarek i położnych.

**Załącznik nr 2 do Uchwały nr 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny**

#### II CZĘŚĆ ZAWIADOMIENIA – CD.

W związku z powyższym wnoszę o wszczęcie w powyższej sprawie postępowania przygotowawczego.

**Świadek:** imię i nazwisko, adres / stanowisko.

.....  
 .....

.....  
 (podpis pokrzywdzonej pielęgniarki, położnej)

.....  
 (czytelny podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

nie dowodów, występowanie przed sądem to obowiązek prokuratora.

Sprawca przestępstwa przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu odpowiada surowiej, i zagrożony jest karami: grzywny, kary ograniczenia wolności, kary pozbawienia wolności.

Organy ścigania po wpłynięciu zawiadomienia winny podjąć działania zmierzające do ukarania sprawcy, nie jest tu konieczne uzyskanie wniosku o ściganie od pokrzywdzonego (pielęgniarki, położnej).

Odpowiedzialność za napaść na funkcjonariusza została uregulowana odrębnymi przepisami.

### Podstawa prawna

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)

Sporządził:

Zatwierdził:

#### I CZĘŚĆ ZAWIADOMIENIA

Załącznik nr 2 do Uchwały nr 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

.....  
 .....  
 (miejsowość, data)

.....  
 (dane pokrzywdzonej pielęgniarki, położnej)

**DO**

.....

.....

(dane jednostki Policji lub prokuratury)

### ZAWIADOMIENIE O POPEŁNIENIU PRZESTĘPSTWA WOBEC FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO

Na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej zawiadamiam, że w dniu .....

(data, godzina)

w .....  
 (miejsce popełnienia przestępstwa)

.....  
 (imię, nazwisko sprawcy, ewent adres lub w przypadku braku danych osobowych opis wyglądu sprawcy)

podczas i w związku z .....  
 (rodzaj wykonywanych świadczeń zdrowotnych)

dokonał:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

(opis zachowania przestępnego – opisać zwięźle stan faktyczny oraz zachowanie sprawcy, które zdaniem zawiadamiającego nosi cechy przestępstwa i ewentualnie podać dowody i świadków na poparcie swoich twierdzeń).





# Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

## Uroczystość otwarcia nowej siedziby OIPiP w Łodzi

**W** dniu 11 września 2014 roku odbyła się uroczystość otwarcia nowej siedziby Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi przy ul. Emilii Plater 34. Uroczystość była uwieńczeniem trzech lat starań VI kadencji członków naszego samorządu o zmianę miejsca siedziby OIPiP w Łodzi na jej biuro oraz bazę dydaktyczną. Dla samorządu zawodowego który zrzesza ponad 17 tys. członków posiadanie własnego miejsca jest jednocześnie sukcesem ale i dużą odpowiedzialnością, bo to nasz wspólny majątek a w szczególności miejsce nie tylko urzędowe, szkoleniowe ale przede wszystkim nasze miejsce wszystkich pielęgniarek i położnych. Zmiana siedziby była podyktowana m.in.:

- warunkami lokalowymi,
  - wysokimi kosztami wynajmu pomieszczeń na cele szkoleniowe,
  - nieuregulowanym stanem prawnym dotychczasowego lokalu,
  - opłatami parkingowymi w centrum miasta,
  - brakiem sal wykładowych, komputerowej oraz archiwum.
- Na podstawie podjętych decyzji:

1) Uchwały nr 6 XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie pokrycia

kosztów związanych z zakupem lub najmem bądź dzierżawą oraz remontem nieruchomości przeznaczonej na nową siedzibę Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi,

2) Uchwały nr 788/vI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 5 września 2013 r. w sprawie nowej siedziby Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi,

3) Uchwały nr 1072/vI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 8 kwietnia 2014r. w sprawie zawarcia umowy z Urzędem Miasta Łodzi na warunkach określonych w projektach umowy najmu i umowy dzierżawy budynku znajdującego się w Łodzi przy ul. Emilii Plater 34,

udało się po wielu dniach i godzinach negocjacji z władzami miasta, Prezydent Hanną Zdanowską, Wiceprezydent Agnieszką Nowak, Posłami na Sejm, Radnymi Rady Miejskiej w dniu 16.01.2014 r. na podstawie Uchwały Rady Miejskiej w Łodzi otrzymać w drodze bezprzetargowej najmem budynku i dzierżawę terenu na potrzeby działalności samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w Łodzi. W dniu 12 maja 2014 r. – jakże szczególnej dacie dla pielęgniarek i położnych – odbyło się przekazanie kluczy. Realizacja adaptacji budynku oraz uporządkowanie terenu wokół stało się wielkim wyzwaniem, ale dzięki zaangażowaniu i poświęceniu wielu osób z naszego





samorządu i ludzi dobrej woli którzy nieśli wolontaryjnie bezinteresowną pomoc udało się osiągnąć zamierzony cel.

Punktualnie o godzinie 11.00 Pani Agnieszka Kałużna – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – z Panią Hanną Zdanowską – Prezydentem Miasta Łodzi oraz Panią Agnieszką Nowak – Wiceprezydent – przecięły wstęgę. Ksiądz Paweł Sudowski – Duszpasterz Służby Zdrowia w Łodzi – po wspólnej modlitwie pobłogosławił Izbę, życząc by stała się szczęśliwym miejscem do pracy i nauki pielęgniarek i położnych oraz przyjaznym miejscem spotkań.

Dalsza część uroczystości odbyła się w nowo wyremontowanej sali wykładowo-konferencyjnej, gdzie Przewodnicząca ORPiP Agnieszka Kałużna powitała zaproszonych gości: Panią Hannę Zdanowską – Prezydenta Miasta Łodzi, Panią Agnieszkę Nowak – Wiceprezydenta Miasta Łodzi, Panią Wiesławę Zewald – Radną Rady Miejskiej, ks. Pawła Sudowskiego, Pana Jacka Banaszka – Dyrektora Zespołu Administracyjno-Ekonomicznego Szkół w Łodzi z Panią Elżbietą Patalas, Panią Annę Leder – Rzecznika prasowego NFZ, Panią Agnieszkę Ren-Żurek – Prodziekana ds. Pielęgniarstwa AH-E, Panią Bożenę Będzińską-Wosik – Dyrektora Szkoły Podstawowej nr 81 w Łodzi, Pana Zdzisława Bujas Przewodniczącego OZZPiP Regionu Łódzkiego, Przewodniczące współpracujących z OIPiP towarzystw naukowych: Panią Dorotę Kilańską – Przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Panią Elżbietę Janiszewską – Przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Panią Aleksandrę Matczak – Przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek i Położnych Neonatologicznych oraz Przewodniczące reprezentujące organy samorządu zawodowego Panią Grażynę Kozak – Przewodniczącą Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych i Panią Elżbietę Mamińską – Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Ze wzruszeniem Przewodnicząca powitała Przewodniczące z innych Okręgowych Izb, gdyż niektórzy przyjechali z bardzo daleka, zaszczytli nas: Pani Zofia Małas ze Świętokrzyskiej OIPiP w Kielcach, Pani Mariola Łodzińska z OIPiP w Radomiu, Pani Anna Augustyniak OIPiP w Sieradzu, Pani Małgorzata Zawirowska z OIPiP we Włocławku, Pani Anna Wonaszek i Danuta Adamczyk-Wiśniewska z OIPiP z Gdańska, Pan Andrzej Tytuła z OIPiP z Lublina.

Z wyrazami uznania i podziękowaniem podkreślając pracę na rzecz łódzkiego samorządu pielęgniarek i położnych powitała: Panią Janinę Żurawską Przewodniczącą ORPiP I i II kadencji, członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Przewodniczące Komisji Problemowych, Konsultantów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa w województwie łódzkim: Panią Ewę Sychniak-Kozłowską, Panią Grażynę Kowalską, Panią Elżbietę Rutę, Panią Halinę Gmaj-Budziarek, Panią Bogusławę Dolecką, Przedstawicieli Kadry Kierowniczej – Pielęgniarki/Pielęgniarzy Naczelne i Przełożone, Pełnomocników ORPiP, Delegatów na Okręgowy Zjazd, Członków Samorządu, Pracowników biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz Panie Pielęgniarki i Położne z USK nr 4 przy ul. Spornej, które brały udział w dzisiejszej uroczystości.



Następnie głos zabrali zaproszeni goście. Pani Hanna Zdanowska – Prezydent Miasta – w swojej wypowiedzi podkreślając wagę podjętej inwestycji z wielkim uznaniem odniosła się do trudu oraz determinacji jaka towarzyszyła podczas negocjacji ustalonych warunków przejęcia budynku by OIPiP miała swoje właściwe miejsce. Pani Wiesława Zewald – Radna Rady Miejskiej – w imieniu Pani Joanny Kopcińskiej – Radnej Rady Miejskiej – która nie mogąc być osobiście na uroczystości przekazała list gratulacyjny z podziękowaniem i uznaniem dla Przedstawicieli OIPiP za włożony trud i życzenia sukcesów w dalszej działalności samorządowej. W imieniu NFZ głos zabrała Pani Anna Leder – Rzecznik prasowy – podkreślając obecną współpracę z łódzkim samorządem pielęgniarek i położnych. W imieniu Przewodniczących Okręgowych Izb, którzy jednocześnie są Członkami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, głos zabrała Pani Zofia Małas z Świętokrzyskiej Izby, która w swojej wypowiedzi podkreśliła rolę oraz wagę zadań, jakie mają do wykonania pielęgniarki i położne podczas udzielanych świadczeń medycznych, ale tylko wówczas, gdy będą zapewnione odpowiednie warunki pracy i spełnione normy zatrudnienia. Gratulując nowego miejsca życzyła sukcesów w dalszych działaniach. Spośród zaproszonych gości głos zabrali m.in. Pani Dorota Kilańska, która podkreśliła wieloletnią współpracę samorządu i Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Odnaczając Przewodniczącą odznaką ICN życzyła sukcesów i dalszej owocnej współpracy. Pan Zdzisław Bujas w imieniu OZZPiP podziękował za piękne miejsce, jakie zostało pozyskane dla członków naszego samorządu. Przedstawiciele kadry kierowniczej pogratulowali i podziękowali za nową siedzibę dla wszystkich pielęgniarek i położnych naszego łódzkiego samorządu.

Po chwili wzruszeń i gratulacjach Przewodnicząca ORPiP przedstawiła w prezentacji przebieg prac i działań adaptacyjnych, jakie podjęto po otrzymaniu placówki na nową siedzibę. Z własnych środków Izba wyremontowała i dostosowała pomieszczenia dla potrzeb biura oraz bazę dydaktyczną. Przeprowadzono remont podłóg – położono wykładziny, instalacje elektryczne i komputerowe, wymieniono drzwi, pomalowano ściany, zakupiono brakujące meble itp. Na parterze zorganizowano zaplecze administracyjno-biurowe, archiwum oraz serwerownię a także aulę, która może pomieścić ponad 150 osób. Na piętrze sale wykładowe i salę komputerową, salę do ćwiczeń (RKO), bibliotekę z wydzieloną czytelnia. Zagospodarowano i uporządkowano teren w części zielonej a także utwardzonej wokół budynku. Poza firmami remontowymi w uporządkowaniu i organizacji całego przedsięwzięcia udział brali członkowie samorządu i osoby dobrej woli, którzy wolontaryjnie i bezinteresownie poświęcając swój własny wolny czas, pracowali dla dobra wszystkich pielęgniarek i położnych łódzkiego samorządu.

Po części oficjalnej Agnieszka Kałużna – Przewodnicząca ORPiP – podziękowała wszystkim za przybycie, za ciepłe i wzruszające słowa uznania zapraszając na tort i poczęstunek. Nowa siedziba OIPiP została oficjalnie otwarta przy ul. Emilii Plater 34. Miejmy nadzieję, że będzie to nowe miejsce na ziemi dla pielęgniarek i położnych łódzkiego samorządu. (J.G.)





# WYKONANIE DOJŚCIA DOSZPIKOWEGO w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

Jeżeli uzyskanie dostępu do żyły obwodowej jest trudne albo niemożliwe, rozważ drogę doszpikową!  
WYTYCZNE RESUSCYTACJI 2010/POLSKA RADA RESUSCYTACJI, KRAKÓW 2011

**T**echnika dojścia doszpikowego po raz pierwszy została opisana w 1922 roku. W latach 30. i 40. używana była dosyć często, co wynika z około 4000 raportów z okresu II wojny światowej o użyciu tej metody podczas przetoczeń krystaloidów, leków i krwi. Popularność tego rodzaju dostępu zanikła wraz z rozwojem i używaniem dostępu dożylnych (wenflony). Typowy dostęp dożylny u dorosłych obejmuje system żył obwodowych. U chorych po urazach, żyły te często są zapadnięte. Dostęp taki może być również trudny do uzyskania podczas resuscytacji niemowlęcia lub dziecka, czy też w oparzeniach. W związku z tym infuzja do jamy szpikowej (i.o. – *intraosseous infusion*) może okazać się metodą z wyboru, alternatywną drogą podaży leków i płynów przy braku możliwości dostępu żylnego. Jama szpikowa wypełniona szpikiem kostnym, którego ilość wzrasta wraz z wiekiem człowieka, znajduje się w trzonach kości długich, jamkach istoty gąbczastej oraz w kościach płaskich. Szpik kostny jest miękką, silnie ukrwioną tkanką o gąbczastej strukturze i półpłynnej konsystencji. Występuje on w postaci szpiku żółtego (nieaktywnego) i czerwonego (aktywnego). Ten ostatni wypełnia u niemowląt/dzieci prawie wszystkie kości. Do okresu pokwitania dziewcząt i chłopców niemal cały szpik kostny w obrębie szkieletu jest szpikiem czerwonym, chociaż już od 7 roku życia ulega stopniowemu zanikowi, czyli inwolucji. U osób dorosłych znajduje się w niewielkiej ilości m.in. w nasadach kości długich i kręgach. Z biegiem czasu czerwony szpik przekształca się w żółty, który składa się głównie z komórek tłuszczowych. Komórki zrębu szpiku kostnego są odpowiedzialne m.in. za różnicowanie regulujące wytwarzanie komórek krwi. Krew do szpiku dociera za pośrednictwem tętnic odżywczych i sieci naczyń włosowatych okostnej.

- bezpieczeństwo (w przypadku podawania do mostka rurka infuzyjna umieszczana jest na bezpiecznej głębokości – 1,5 cm poniżej wcięcia szyjnego mostka) i zapewnia odpowiednią szybkość przetoczeń (30 ml/min. zwykłym zestawem do przetoczeń, 125 ml/min. zestawem do szybkiego przetaczania i 250 ml/min. z użyciem strzykawki).
  - skuteczność (możliwość pobrania materiału do badań, podawania leków, płynów i preparatów krwiopochodnych)
  - mała bolesność penetracji igły doszpikowej
  - stabilność wkłucia
- Początek działania i czas potrzebny do osiągnięcia odpowiedniego stężenia leku w osoczu podanego doszpikowo są porównywalne do działania leków podanych do wkłucia centralnego. Próbkę szpiku kostnego mogą być użyte do oznaczenia grupy krwi i próby krzyżowej, do analiz chemicznych, wykonania gazometrii (wartości są porównywalne z wartościami gazometrii krwi żyłnej). Po podaniu każdego leku należy podać bolus roztworu 0,9% soli fizjologicznej aby upewnić się, że nie doszło do podania leku poza jamę szpikową i zapewnić szybszą dystrybucję leku do krążenia centralnego (prawdopodobnie nie należy podawać hipertonicznych roztworów soli).
- Dostęp doszpikowy jest rozwiązaniem krótkoterminowym, w uzasadnionych przypadkach nie powinien być utrzymywany dłużej niż 96 godzin, optymalny czas utrzymania to 24 godziny!
- Obwodowy dostęp dożylny zapewnia odpowiednie stężenie leków i związaną z tym odpowiedź kliniczną, równoważną z dostępem centralnym lub doszpikowym. Dostępy centralne są pewniejsze i można je dłużej utrzymać, ale w postępowaniu resuscytacyjnym nie posiadają żadnych zalet w porównaniu z dostępem doszpikowym czy obwodowym.

### Zalety wkłucia doszpikowego:

- szybkość (założenie trwa 60–90 sekund)
- łatwość (odsetek niepowodzeń < 5%)



udane maksymalnie 2/3 próby uzyskania dostępu dożylnego lub czas trwania zakładania wkłucia 90 sekund)

- wstrząs hipowolemiczny podczas długotrwałego transportu

#### Przeciwwskazania do wykonania dostępu doszpikowego:

- złamana kość piszczelowa
- złamanie mostka
- niedawno przeżyta sternotomia (najczęściej wykonywana podczas operacji kardiologicznych, może osłabić spójność rękoności mostka lub zaburzyć jego unaczynienie)
- znaczna osteoporoza lub osteomalacja
- zabiegi ortopedyczne w okolicy miejsca dostępu
- uraz kończyny z uszkodzeniem pęczka naczyniowego
- zakażenie skóry
- objawy infekcji tkanek miękkich w miejscu wkłucia
- rany i guzy w okolicy miejsca iniekcji
- niemożność zlokalizowania miejsca dostępu
- próba zakładania dostępu doszpikowego w ciągu 24 godzin

#### Powikłania podawania leków i przetaczania płynów do jamy szpikowej:

- wlew podokostnowy z powodu niewłaściwego założenia zestawu (wynacznienie)

- zapalenie kości i szpiku (osteomyelitis) (0,5%–1,0% przypadków).
- posocznica
- zator tłuszczowy
- uszkodzenie lub zniszczenie szpiku
- zespół ciasnoty przedziałów powięziowych
- złamanie igły w miejscu iniekcji
- złamanie kości piszczelowej jeśli igła jest za gruba (zwłaszcza u noworodków i pacjentów z osteoporozą)
- martwica skóry

Badania wykazały, że powikłania te występują rzadko (< 1%), należy jednak przestrzegać zasad aseptyki, podobnie jak w przypadku zakładania dostępu dożylnego.

#### Zestaw do wykonania dostępu doszpikowego:

Igły trójkątne, wkręcane do infuzji doszpikowej dla:

- noworodków
- dzieci w wieku od 6–18 miesięcy
- dzieci powyżej 18 miesiąca

Zestaw automatyczny B.I.G. (18 G dla dzieci)

B.I.G. (Bone Injection Gun) – automatyczny, jednorazowy injektor doszpikowy – śródkostny dla osób dorosłych i dzieci poniżej 12 roku życia (fot.1.)



Z krótszą igłą dla dzieci Pediatric (kolor czerwony)

Z dłuższą igłą dla dorosłych Adult (kolor niebieski)

- Igły Cooka
- Igły EZ-IO PD dla dzieci o masie 3–39 kg
- Igły EZ-IO AD dla osób o masie 40 kg i więcej
- F.A.S.T. 1 system doszpikowy domostkowy – umożliwiający szybkie przetaczanie płynów u chorych resuscytowanych i wymagających leczenia np. wstrząsu hipowolemicznego

#### Wykorzystuje się do tego celu mostek jako miejsce dostępu, ponieważ:

- mostek składa się z dużych i względnie płaskich kości (rękoność i trzon), można go łatwo zlokalizować
- zachowuje stosunkowo dużo szpiku kostnego
- ma cienką, bardziej jednorodną tkankę kostną, wewnątrz której znajduje się w miarę jednorodna jama szpikowa

- dostęp do mostka jest zwykle łatwy nawet u chorych po urazie
- miejsce wkłucia i.o. (pośrodku rękoności mostka – 1,5 cm poniżej wcięcia szyjnego)
- prawdopodobieństwo złamania mostka, zwłaszcza w okolicy rękoności, jest mniejsze niż złamania kości kończyn

#### Technika wykonania dojścia doszpikowego u dzieci i osób dorosłych przy użyciu gotowego zestawu automatycznego B.I.G. w warunkach symulowanych

##### Przygotowanie sprzętu do treningu:

- anatomiczna noga treningowa do iniekcji doszpikowych B.I.G./symulator do iniekcji doszpikowych (śródkostnych)
- zestaw do treningu wkłuć doszpikowych dla dorosłych B.I.G.
- zestaw do treningu wkłuć doszpikowych dla dzieci B.I.G.
- jałowe rękawiczki
- strzykawka 10 ml
- waciki
- płyn dezynfekcyjny
- plaster/przylepiec bez opatrunku

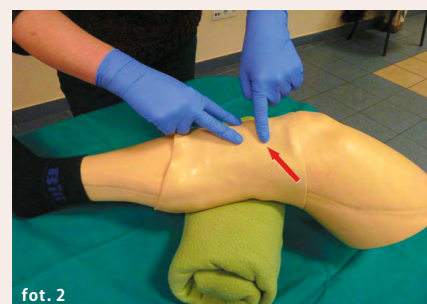
#### POSTĘPOWANIE RATOWNICZE

• Przygotuj poszkodowanego do wkłucia doszpikowego – podczas wykonywania procedury zaleca się umieszczenie pod nogą np. zwiniętego koca celem ustabilizowania kończyny dolnej

• W trakcie uzyskiwania dojścia dostępu i.o. pacjent jeśli jest przytomny powinien współpracować

• Przed dokonaniem iniekcji zlokalizuj i wyznacz np. za pomocą markera dokładne miejsce wkłucia (penetracji) igły na kości piszczelowej

• Zalecanym miejscem do uzyskania dostępu doszpikowego jest kość piszczelowa okolicy nasady bliższej (fot. 2.)



• Miejsce penetracji igły doszpikowej, umieszczonej na sprężynie – ok. 2 cm od guzowatości piszczelowej do wewnętrznej części nogi i 1 cm w kierunku kolana (fot. 3.)



• W przypadku pacjenta nieprzytomnego znieczulenie miejscowe skóry i tkanek pod nią znajdujących się aż do okostnej nie jest konieczne

• U przytomnego pacjenta ze względu na dyskomfort i uczucie rozpięcia podczas infuzji poleca się miejscowe podanie 1–5 ml 1% roztworu Lidoocainy stosownie do wagi i wieku chorego

• Wybierz pożądaną prędkość napędu przez odkręcenie mankieta cylindra z obu stron

• Miejsce wkłucia zdezynfekuj środkiem antyseptycznym, użyj jałowych rękawiczek

• W pozycji wyprostnej w stawie kolanowym przyłóż napęd (B.I.G.) do skóry w miejscu wykonania wkłucia trzymając jedną ręką i dociskając jego przednią część w płaszczyźnie prostopadłej pod kątem 90° do skóry aż do wycucia oporu – strzałką zwróconą do skóry pacjenta (fot. 4.)



• Drugą ręką wyciągnij zatrzask (element zabezpieczający – specjalną czerwoną zawleczkę) przez ściśnięcie jego dwóch części i połóż ją w bliskiej odległości. Zawleczka spełnia dwie funkcje: blokady przed przypadkowym wystrzeleniem igły oraz uruchomienia po odpowiednim umieszczeniu w jamie szpikowej (fot. 5.)

• Uruchom mechanizm przez nacisk tylnej części urządzenia do rączki obudowy. Przytrzymaj dolną część i dociśnij igłę dłużej (fot. 6.)



• Delikatnie usuń mandryn (trokar) z wnętrza igły, która musi pozostać wewnątrz kości, przy jednoczesnym jej stabilizowaniu – zabezpiecz mandryn umieszczając go w pojemniku na odpady medyczne!

• Wykonaj próbę aspiracji szpiku kostnego w celu sprawdzenia prawidłowego umiejscowienia igły oraz jej drożności – przy braku aspiracji iniekcja 10 ml roztworu 0,9% soli fizjologicznej do jamy szpikowej (fot. 7.)



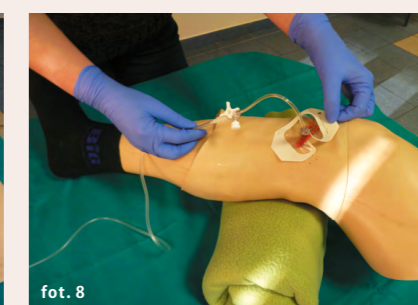
• Brak możliwości zaaspirowania szpiku kostnego nie musi oznaczać nieprawidłowej lokalizacji igły

• Możesz zaaspirować 2–5 ml szpiku kostnego do heparynizowanej strzykawki do badań laboratoryjnych, podać leki lub płyny infuzyjne

• Połącz kaniulę z łącznikiem np. trójdrożnym wypełnionym roztworem 0,9% soli fizjologicznej, ustabilizuj igłę za pomocą wcześniej wyjętej czerwonej zawleczki i umocuj ją do skóry np. za pomocą jałowej okleiny osłaniającej typu Tegaderm (fot. 8.)

• Połącz zestaw do wlewów dożylnych z zaworem zamykającym do standardowych zestawów i przymocuj za pomocą przylepca bez opatrunku (fot. 9.)

• Celem utrzymania optymalnego przepływu poleca się utrzymać wysokie ciśnienie



nie do 300 mmHg w układzie z płynem infuzyjnym

• W przypadku uzyskania dojścia doszpikowego należy kończynę dolną unieruchomić np. na szynie Kramera

• Czas uzyskania dostępu drogą i.o. przy użyciu igły B.I.G. to ok. 0,2 sekundy, ból trwa tylko ułamek sekundy!



- opatrunek typu Tegaderm
- zestaw do infuzji
- aparat do podawania płynów pod ciśnieniem
- pojemnik na odpady medyczne

#### Rekomendowane miejsca (punkty anatomiczne) dostępu dożylowego:

- U dzieci poniżej 6 roku życia 1 cm przyśrodkowo i 1 cm dystalnie od guzowatości kości piszczelowej – głębokość 0,5–0,7 cm
- U dzieci między 6–12 rokiem życia 1–2 cm przyśrodkowo i 1–2 cm dystalnie od guzowatości kości piszczelowej – głębokość 1,5 cm
- Dzieci 3–6 lat głębokość – 1,0–1,5 cm
- Wtórne miejsce znajduje się 1–2 cm proksymalnie do podstawy kostki przyśrodkowej (4–5 cm powyżej końca kostki przyśrodkowej)
- Przy braku możliwości wkłucia do kości piszczelowej zalecanym miejscem dostępu jest koniec dalszy, dystalny kości udowej
- Przednia powierzchnia głowy kości ramiennej (u małych dzieci znalezienie guzka większego kości ramiennej może być trudne)
- U dzieci zaleca się unikanie zakładania dostępu w bliskości głównych chrząstek wzrostowych
- U dorosłych wkłucie i.o. można wykonać na rękocyści mostka w linii pośrodkowej 1,5 cm poniżej wcięcia jarzmowego, na kości piszczelowej, promieniowej i ramiennej

#### Umieszczenie igły w jamie dożylowej potwierdzają:

- Nagłe zwolnienie oporu przy zakładaniu wkłucia
- Szytne umiejscowienie igły dożylowej
- Brak obrzmienia okolicznych tkanek przy infuzji płynów

#### Podsumowanie

B.I.G. jest pierwszym na świecie automatycznym zestawem do wkłucia dożylowego przeznaczonym do użycia przez medyczne zespoły ratunkowe w każdych warunkach: na etapie działań ratunkowych zarówno przedszpitalnych (LPR, PR), jak i wewnątrzszpitalnych (SOR) oraz w warunkach pola walki, kiedy to czas odgrywa istotną rolę.

Dostęp dożylowy jest skuteczną, bezpieczną i jedyną alternatywą dla tradycyjnego dostępu naczyniowego (dożylnego), rekomendowaną przez Europejską Radę Resuscytacji (European Resuscitation Council – ERC), Polską Radę Resuscytacji (Polish Resuscitation Council – PRC), American Council of Learned Societies (ACLS) oraz Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (American Heart Association – AHA). Powikłania są stosunkowo rzadkie, a zaletą jest to, iż można podawać praktycznie wszystkie leki, które stosuje się do dostępu dożylnego oraz prowadzić skutecznie płynoterapię pacjenta we wstrząsie, bądź też przetaczać krew.

**Pielęgniarka/pielęgniarski system w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, póź. 1410, z późn. zm.) jest uprawniona do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych obejmujących: w pkt 15 wykonanie dojścia dożylowego przy użyciu gotowego zestawu pod warunkiem odbycia dodatkowego kursu specjalistycznego dla pielęgniarek „Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy przeżnej oraz wykonanie dojścia dożylowego” (05/08).**

Pielęgniarka, o której mowa w § 5, wykonująca określone w rozporządzeniu medyczne czynności ratunkowe, jest również uprawniona do podania pacjentowi doraźnie w stanach zagrożenia zdrowotnego, bez zlecenia lekarza, leków zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Przeszkolony personel pielęgniarski musi jednak wykazywać się dojrzałością emocjonalną, odpornością psychiczną, merytorycznym i praktycznym przygotowaniem do podejmowania zdecydowanych działań, by sprostać szybko zmieniającym się warunkom zagrożenia zdrowia lub życia zarówno u dorosłych, jak i u dzieci.

Określenie nowych obszarów kształcenia dla pielęgniarek/pielęgniarskiego systemu to wymóg zmieniających się realiów współczesnej rzeczywistości. Pamiętajmy o tym, iż każdy ukończony rodzaj kształcenia to kolejny krok w samorozwoju, samodoskonaleniu, oczywiście przy wsparciu nie tylko finansowym np. z Unii Europejskiej, ale również w dużej mierze motywacyjnym kadry kierowniczej i psycho-emocjonalnym otaczających nas ludzi.

#### Literatura:

1. Campbell J. E.: Basic Trauma Life Support dla paramedyków i ratowników medycznych, Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.
2. Henretig F., King Ch. : Textbook of Pediatric Emergency Procedures, William and Wilkins 1997.
3. King Ch., Henretig F. : Podręczny atlas zabiegów ratunkowych u dzieci, Urban & Partner, Wrocław 2000.
4. Magazyn dla służb ratujących życie, Elamed, Na Ratunek 2/2013.
5. Cebula G.: Dostęp dożylowy. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii UJCM, Polska Rada Resuscytacji (www.warszaty.krakow.pl).
6. Andres J.: Wytoczne Resuscytacji 2010, Polska Rada Resuscytacji, Wyd.1, Kraków 2011.
7. www.prc.krakow.pl
8. www.termedia.pl
9. http://ratownik-med.pl

mgr Elżbieta Janiszewska  
Przewodnicząca PTPAiO – OŁ  
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, Instytut CZMP w Łodzi



mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

## O lęku pacjenta

## w okresie okołoperacyjnym

**L**eczenie chirurgiczne budzi u pacjentów silne reakcje emocjonalne. Wśród nich dominuje lęk przed okaleczeniem, bólem i śmiercią. Reakcje te są na tyle intensywne, że wpływają determinująco na przebieg zabiegu i występującego po nim okresu rekonwalescencji, a nawet – co wykazała w swoich badaniach Irving Janis – czasami jest on tak intensywny, że pacjenci rezygnują z zabiegu. Dlatego lęk przedoperacyjny został potraktowany jako podstawowy problem emocjonalny pacjentów oczekujących na zabieg. Przyczyny tego lęku to, m.in., wizja utraty kontroli i całkowite uzależnienie od chirurga, możliwość wykrycia groźnej choroby po odsłonięciu narządów wewnętrznych oraz ryzyko zgonu w trakcie operacji lub z powodu trudności z obudzeniem po narkozie. Jeśli dodatkowo pacjent w trakcie hospitalizacji jest zbywany przez personel, to dla chorego jest to równoznaczne z „dopadaniem lekarza” (co przypomina zabawę w kotka i myszkę) i jednocześnie jest jedną z najbardziej przerażających chwil w życiu. Ta sytuacja zależności pacjenta od personelu medycznego została nazwana w psychologii jako „3P”, które kolejno oznaczają: pociechę (w co nie wierzy ani chory, ani personel), pouczanie (najczęściej w postaci uwłaczającej godności pacjenta) i przymus. Jest to nieskuteczna strategia, podobnie jak konwencjonalne podejście do pacjenta, w myśl którego pielęgniarka odgrywa rolę zawodowego optymisty „w białym fartuchu”, który zawsze się uśmiecha, rutynowo pociesza za pomocą słów: „lekarz wie, co robi” lub co gorsza: „Jutro pan na pewno poczuje się lepiej”. Jourard nazywa takie zachowania „pancerzem charakterologicznym”, który tak naprawdę służy przede wszystkim... pielęgniarkom, gdyż stanowi ochronę przed przeżywaniem przez nie rzeczywistych uczuć; gniewu, litości, własnej nieskuteczności, których doświadczają w kontakcie z pacjentami. Tymczasem rola pielęgniarki w procesie leczenia jest traktowana przez Jourarda jako najważniejsza. Jak twierdzi autor: „Jeżeli pozwolą (one – pielęgniarki) pacjentom być sobą w ich obecności i nie będą zajmować się czymś innym, zapewnią im swobodę wypowiedzenia się; jeżeli potrafią doskonale komunikować się z nimi, tak by mogli przezwyciężyć głębokie uczucie osamotnienia, które wydaje się być elementem ich choroby, (...) jeżeli potrafią sprawić, by czuli, że troszczy się

o nich ktoś, dla kogo ich uczucia i życzenia coś znaczą, może pomogą im w ten sposób odzyskać tożsamość i siłę psychiczną, tak że będą się dobrze czuli, mimo zazwyczaj bezosobowego reżimu szpitalnego życia” (Jourard, 1964, za: Gordon T., Edwards W.S., 2009 s. 150). Pewną pomocą w radzeniu sobie z doświadczaniem trudnych emocji jest uświadomienie sobie, czy jest problem – mój czy pacjenta. Można to przedstawić za pomocą schematu (schemat 1).

#### Schemat 1. Czy problem – prostokąt zachowań

##### Pacjent ma problem – np. niezaspokojone potrzeby

Pacjent może je sygnalizować słownie („Boję się”) i bezsłownie (np. pacjent jest niespokojny ruchowo). Są to zachowania możliwe do zaakceptowania przez pielęgniarkę. Potrzebna jest:

- umiejętność ułatwiania w wypowiedzianiu się i niesienia pomocy;
- respektowanie potrzeb pacjenta
- nakłonienie pacjenta do rozwiązania swojego problemu

##### Obszar bez problemów

Np. pielęgniarka przygotowuje zastrzyk dla pacjenta, a ten zgadza się na niego bez oporu – o nic nie pyta. Są to sytuacje, w których wzajemne relacje pacjent – pielęgniarka są przeznaczone na wykonywanie zadań.

##### Pielęgniarka ma problem

Występują zachowania, których nie można zaakceptować; potrzebna jest umiejętność konfrontacji i wpływania. Pielęgniarka musi sama rozwiązać swój problem.

W sytuacji hospitalizacji i perspektywy zabiegu, pojawiają się czynniki, które mogą znacząco podnieść poziom lęku. Należą do nich: szpitalne ubranie, utrata wolności, ograniczenie kontaktów z bliskimi i wreszcie – zatarcie indywidualności (tzw. pacjent – „woreczek zółciowy”). Warto w tym miejscu przytoczyć cytaty, który trafnie oddaje uczucia towarzyszące przeciętnemu pacjentowi – klientowi szpitala: „tradycyjne szpitale budowano dla lekarzy, personelu pomocniczego

i towarzystw ubezpieczeniowych – słowem dla wszystkich prócz pacjenta. (...), cała instytucja przypomina obóz koncentracyjny lub więzienie (...), została powołana do życia, by służyć potrzebującym, ale ogrom budynków szpitalnych, stres i ból, oddalenie od bliskich – wszystko to sprawia, że pacjenci czują się przytłoczeni.” (Anderson za: Gordon, Edwards, s. 31). Dlatego zawsze jedną z najważniejszych zasad powinno być zdobycie zaufania pacjenta, które jednocześnie można bardzo łatwo stracić. Chory musi mieć możliwość swobodnego wypowiedzenia się na temat swojej choroby i towarzyszących jej niepokojów – takie zachowania wzmacnia więź między pacjentem a personelem medycznym. Podkreślają to słowa Andersa: „Jeżeli (pacjenci) są odpowiednio informowani, a personel zrobi wszystko, by podtrzymać ich na duchu, będą mogli lepiej funkcjonować” (za: Gordon, Edwards, s. 31). W ten sposób dochodzimy do roli komunikowania się pacjenta z personelem medycznym. Prawidłowo przebiegający proces komunikowania się jest jednym z najistotniejszych czynników warunkujących prawidłowe rozpoznanie i leczenie choroby. Częściowo jest on uzależniony od typu osobowości personelu.

Ciekawą typologię proponuje analiza transakcyjna – jeden z nowszych kierunków psychologicznych, który wymienia sześć możliwych typów osobowości w zależności od dominującego stanu ego. Są to: • rodzic krytyczny (charakterystyczne dla niego wypowiedzi to: Musisz. Nie możesz. Powinieneś. Nie wolno. Nie uda ci się. Jesteś do niczego; stereotypowo „karzący, surowy ojciec”); • rodzic opiekuńczy (Możesz. Co jest dla Ciebie najlepsze. Zaopiekuj się sobą. Odpocznij. Nie bój się. Ochroń cię. Pomogę ci. Ufam ci; stereotypowo „dobra, czuła matka”); dorosły (pyta o fakty; stereotypowo „naukowiec”); • dziecko naturalne (Robię tylko to, na co mam ochotę. Chcę/nie chcę; słowa opisujące emocje; stereotypowo „swawolny Dyzio”); • dziecko przystosowane (Przepraszam. Nie chciałem. Zrobię wszystko, abyś mnie lubił. Już biegnę. Już robię. Pozwól; „Przepraszam, że żyję”); • dziecko zbuntowane (Daj mi spokój. Nie chcę. Nie zrobię; Spadaj; „Na złość mamie odmrozę sobie uszy!”).

W zasadzie jedynie dorosły umie konstruktywnie komunikować się z innymi. Osoby reprezentujące pozostałe typy osobowości muszą nad tym świadomie pracować (Berne, 2000).

Czym zatem jest prawidłowe komunikowanie? Etapy skutecznego komunikowania się od stworzenia odpowiednich warunków do zapewnienia o dalszej opiece i wsparciu prezentuje schemat 2.

#### Schemat 2. Etapy skutecznego komunikowania się w relacji personel medyczny – pacjent

##### Stworzenie odpowiednich warunków

Ważne jest znalezienie miejsca do rozmowy, w którym pacjent ma zagwarantowaną intymność i może czuć się bezpiecznie.

##### Zdobycie informacji z wykorzystaniem „otwartych pytań” w kontakcie z pacjentem, aby stwierdzić, ile pacjent wie i ile pacjent chce wiedzieć

Otwarte pytania są jednym z podstawowych elementów aktywnego słuchania i zachęcają pacjenta do szczerych wypowiedzi. Aktywne słuchanie spełnia trzy istotne funkcje: potwierdza zrozumienie przez słuchającego sensu komunikatu nadawcy, przekazuje nadawcy empatię i akceptację i jednocześnie jest zachętą do dalszej wypowiedzi/rozwinienia tematu.

##### Przekazanie informacji

Nie może być ono równoznaczne z mówieniem „prawdy prosto z mostu”, gdyż „Prawda jest jednym z najsilniejszych leków – dlatego tak, jak w przypadku każdego innego trzeba znać jej farmakodynamikę, czyli czas podania i dawkę” (A. Orońska, s. 131).

##### Rozpoznanie uczuć i lęków

Pomocna będzie wiedza z zakresu typologii „trudnych pacjentów”, gdyż często lęki są ujawniane nie wprost, lecz są manifestowane za pomocą zachowań, które irytują personel (np. w przypadku pacjentów historycznych występuje tendencja do manipulowania personelem, aby znajdować się w centrum uwagi)

##### Wyjaśnienie

np. na czym będzie polegała istota zabiegu; jakie objawy wystąpią po operacji etc.

##### Zapewnienie o dalszej opiece i wsparciu

Źródło: opr. własne na podstawie Orońska A., 2000.

#### Pożądane strategie postępowania w minimalizowaniu lęku okołoperacyjnego pacjenta

Z prezentowanych we wstępie badań można wyciągnąć następujące wnioski co do strategii psychologicznego przygotowania pacjenta do operacji: skutecznym sposobem na minimalizowanie lęku u pacjenta jest dostarczanie mu informacji (jednakże ich treść musi być skorelowana z indywidualnym stylem radzenia sobie z zagrożeniem). Osoby ukierunkowane na poszukiwanie informacji (które stanowią zdecydowaną większość – około 60–70 proc. populacji) odnoszą z nich korzyści adaptacyjne, jednak osoby skłonne do unikania informacji o zagrożeniu zaczynają gorzej funkcjonować właśnie po otrzymaniu informacji. Tak więc istnieje konieczność indywidualizacji postępowania wobec pacjentów. Janis wykazała także, że średni poziom lęku przedoperacyjnego jest najkorzystniejszy dla późniejszego przystosowania się chorego do swojej sytuacji. Pacjenci prezentujący niski lub wysoki poziom lęku gorzej adaptują się po operacji. Z badań tych wynika także, że u pacjentów, którym przed

operacją dostarczono informacji na temat bólów pooperacyjnych, a także udzielano instruktażu dotyczącego zachowania po operacji (oddychania, kaszlu i użycia trapezu), stwierdzano pomyślniejszy przebieg rekonwalescencji w porównaniu z pacjentami, którzy takich informacji nie otrzymali. Ponadto przyjmowali oni mniej środków przeciwbólowych i uspokajających w ciągu pierwszych pięciu dni po operacji, a ich pobyt w szpitalu trwał średnio o 2,7 dnia krócej. Przekazywane informacje nie mogą jednakże zawierać treści zagrażających, które mogłyby stymulować lęk. Warto skorzystać w kontakcie z chorym z osiągnięć psychoterapii elementarnej, np. hipnozy i instruktażu dotyczącego zachowania. Współwystępują one łącznie. Hipnoza połączona z sugestią jest skuteczna w zmniejszaniu dolegliwości bólowych i ilości podawanych środków przeciwbólowych. Ma to szczególne znaczenie w przypadku pacjentów reprezentujących zniekształcenia w myśleniu, które występują w sytuacjach związanych z leczeniem. W psychologii podkreśla się bowiem fakt, że myśli i wyobrażenia biorą udział w tworzeniu problemowych stanów psychicznych i fizycznych. Te zmienne decydują o stanie emocjonalnym osoby w różnych momentach jej życia. Ponadto procesy poznawcze decydują także o wydzielaniu soków trawiennych przez żołądek, wzroście ciśnienia krwi, rytmie uderzeń serca etc. W tabeli 1 przedstawiono wzorce zniekształceń w myśleniu pojawiające się w okolicznościach związanych z leczeniem.

#### Co można zrobić dla pacjenta?

W przypadku stwierdzenia zniekształceń w myśleniu należy dążyć do przekształcenia objawów pacjenta w możliwe do nazwa-

nia i potencjalnie rozwiązywalne problemy. Pacjent powinien więc ponownie przemyśleć sprawę, które uruchamiają w jego przypadku mechanizm błędnego koła. Można to zrobić za pomocą słów: „Nie zamierzam mówić ci, co masz myśleć. Chcę, żebyśmy wspólnie przyjrzyli się temu, w jaki sposób Twoje myśli i wyobrażenia wpływają na Twoje reakcje, między innymi na odczuwane przez Ciebie objawy. Zastanowimy się także nad tym, co dzieje się przed i po wystąpieniu objawów i co może wpływać na to, że one się utrzymują. Tak naprawdę tylko Ty możesz to robić; Ty tu rządysz, ja mogę ci tylko pomóc” (za: Sherridan, s. 140).

##### Literatura

- Berne E. *W co grają ludzie?* Warszawa 1999.
- Gordon Th., Edwards W.S. *Rozmawiać z pacjentem. Podręcznik doskonalenia umiejętności komunikacyjnych i budowania partnerskich relacji.* Wyd. Medcover. Warszawa 2009.
- Heszen I., Sęk H. *Psychologia zdrowia*, Wyd. naukowe PWN. Warszawa 2008.
- Heszen-Niejodek I. (red.). *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych.* PZWL. Warszawa 1999.
- Orońska A., *Rozmowa z nieuleczalnym chorym.* W: Barański J., Waszyński E., Steciwki A. (red.). *Komunikowanie się lekarza z pacjentem.* Wyd. Astrum, Warszawa 2000.
- Sherridan J. *Psychologia zdrowia*, PWN. Warszawa 2000.

mgr Monika Kowalska-Wojtysiak  
psycholog

Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie UM w Łodzi

Tabela 1. Przykłady zniekształceń w myśleniu występujących w sytuacjach związanych z leczeniem

Wzorec myślenia	Charakterystyka	Przykład
Myślenie katastroficzne	Wylobzymianie znaczenia lub konsekwencji wynikających z drobnych problemów.	„A jeśli...” Gdy opóźniają się wyniki RTG płuc: „A jeśli mam raka lub coś równie poważnego?”
Czytanie w myślach	Wyciąganie arbitralnych wniosków dotyczących uczuć/myśli innych ludzi bez sprawdzenia danych.	Pielęgniarka nie przychodzi mimo wezwania (bo jest zajęta innym pacjentem) – „Ona wcale o mnie nie dba” lub „Jest na mnie zła, bo ją często wzywam...”
Nadmierna generalizacja	Negatywne uogólnianie na podstawie jednego zdarzenia/faktu.	Nigdy... „Zawsze...” Np. „Nigdy już nie uwolnię się od bólu”
Personalizacja	Obwinianie się za zdarzenia, których w pełni osoba nie kontrolowała i utwierdzanie się w poczuciu braku wartości.	Rodzina nie przyjeżdża w odwiedziny do szpitala, bo zepsuł się jej samochód, a pacjent myśli, że jest niewart odwiedzin.
Mit powinności	Opieranie się na zestawie sztywnych zasad, określających powinności różnych ludzi.	„Nie powinienem popełniać błędów” „Nigdy nie powinienem czuć się przygnębiony”

Źródło: opr. wł. na podstawie Sherridan





## Sprawozdanie ze spotkania integracyjnego przedstawicieli towarzystw pielęgniarskich działających w Łodzi i woj. łódzkim

W dniu 5 września 2014 roku, w powakacyjnym integracyjnym zebraniu członków Koła PTP i przedstawicielek innych towarzystw pielęgniarskich z terenu Łodzi, które odbyło się w nowej przestronnej siedzibie łódzkiej OIPiP przy ulicy Emilii Plater 34, uczestniczyło 30 osób, w tym – poza członkami Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego – koleżanki z Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkowego oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek i Położnych Neonatologicznych. Spotkanie było wynikiem pierwszych wspólnych działań wymienionych towarzystw tj. współorganizacji konferencji „Pielęgniarka i położna – przyjaciele pacjenta dorosłego i dziecka”, zorganizowanej przez ORPiP w Łodzi, Komisję Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodu.

Spotkanie prowadziła Elżbieta Janiszewska – Przewodnicząca PTPAiO – Oddział w Łodzi, która po powitaniu wszystkich obecnych przedstawiła plan zebrania oraz poinformowała min: o obecnym składzie Zarządu Głównego PTPAiO v kadencji w latach 2014–2018, przyjętym na v Walnym Zebraniu Delegatów Oddziałów Regionalnych Towarzystwa, które odbyło się w Warszawie w dniu 22.03.2014 r., zatwierdzeniu nowego Statutu PTPAiO, ukazaniu się pierwszego oficjalnego czasopisma naukowego PTPAiO „Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece” pod patronatem EFCCNa (Europejskiej Federacji Pielęgniarek Intensywnej Opieki) oraz zmianie wydawcy tego czasopisma (kilka egzemplarzy pierwszego numeru udostępniono obecnym koleżankom). Omówiła również prace grupy roboczej ds. praktyki w pielęgniarstwie anestezjologicznym i intensywnej opieki PTPAiO, dotyczących wydania rekomendacji na temat m.in. pielęgnacji pacjenta podczas zabiegów nerkozastępczych, pielęgnacji wkłucia centralnego, zakażenia oka w OIT, toalety jamy ustnej u noworodka oraz oceny bólu (skale) u pacjentów przebywających na oddziałach intensywnej terapii oraz możliwości zgłaszania do rejestru zdarzeń niepożądanych (wyraźnie zaznacza się potrzeba poznania opinii i opracowania zaleceń dotyczących zakresu interpretacji zapisów prawnych oraz kompetencji absolwentów poszczególnych poziomów kształcenia pielęgniarek anestezjologicznych). Poinformowała także o planowanej na przyszły rok międzynarodowej konferencji i IX Zjeździe PTPAiO.

Ewa Kempieńska – z Koła przy Zarządzie Oddziału PTP w Łodzi – przedstawiła „Prawne aspekty opieki długotermi-

nowej” – pokrótce omawiając Ustawę o działalności leczniczej oraz rozporządzenia MZ w sprawie: świadczeń gwarantowanych; kierowania do zakładów opiekuńczych; świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (włącznie z Zarządzeniem Prezesa NFZ z grudnia 2013 r). Niekorzystne zmiany w przepisach, zwłaszcza dotyczące umów/cenników, potęgają problemy z zapewnieniem opieki długoterminowej, co podkreślały w żywej dyskusji koleżanki zwracając uwagę na brak pielęgniarek, funduszy i niedostateczną organizację/przepływ informacji z zakresu zapewnienia długoterminowej opieki w naszym kraju, a szczególnie w Łodzi.

Barbara Kwintal w zastępstwie nieobecnej, a bardzo aktywnej, Przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkowego – Beaty Barwińskiej – pokrótce przedstawiła poczynania PTPR. Biuro regionalne PTPR w Łodzi ma siedzibę



przy WSRM – Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego, ul. Sienkiewicza 137/141, a Zarząd Główny w Krakowie. Najbliższe plany łódzkiego towarzystwa to udział w konferencjach naukowych, m.in. konferencji naukowo-szkoleniowej „Nagłe stany sercowo-naczyniowe – postępowanie ratunkowe – uraz... co dalej” w Krakowie w dniach 19–20.09.2014 r., konferencji naukowo-szkoleniowej „Interdyscyplinarny wymiar zdrowia i choroby” oraz IV Sympozjum Naukowo-Szkoleniowym – „Współczesne problemy toksykologii klinicznej dla pielęgniarek i ratowników medycznych” w Nowym Sączu w dniach 26–27.09.2014 r. oraz VII Ogólnopolskiej Konferencji Medycyny Ratunkowej „Kopernik 2014”, która odbędzie się w dniach 14–16.11.2014 r. w Łodzi. Inne formy aktywności PTPR w Łodzi to: działalność naukowo-dydaktyczna oraz współpraca z innymi

towarzystwami, w tym z PTPAiO, z którym ewentualnie zostanie zorganizowana w niedalekiej przyszłości wspólna konferencja.

Aleksandra Matczak – Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek i Położnych Neonatologicznych PTPiPN – przedstawiła działania Towarzystwa, które powstało w odpowiedzi na potrzeby dynamicznie rozwijającej się neonatologii. Zebranie założycielskie odbyło się 24.05.2013 r. w Łodzi w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki z inicjatywy pielęgniarek i położnych pracujących w Klinice Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt oraz Klinice Neonatologii. Proces nadania numeru KRS został zakończony 23 października 2013 r. Pierwszym ważnym celem PTPiPN było umieszczenie odrębnej specjalizacji z neonatologii dla pielęgniarek i położnych w projekcie rozporządzenia MZ z dnia 09.01.2012 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne. Powyższy cel udało się zrealizować – w Łodzi trwa druga edycja szkolenia specjalizacyjnego. Ważnymi zadaniami są również starania o powołanie Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, działalność naukowa oraz organizowanie konferencji. Wszystkie przedsięwzięcia zmierzają w kierunku wywalczenia należnego miejsca dla pielęgniarki/położnej w zespole terapeutycznym, edukowania oraz sprawowania opieki i udzielania wsparcia pacjentom i ich rodzinom w środowisku domowym.

Na zakończenie zebrania odbyła się prezentacja przedstawiciela firmy Braun – Alicji Ścibor. Wymieniła podczas prezentacji pt.: „Bezpieczna farmakoterapia infuzyjna” zwracając uwagę na leki wysokiego (i najwyższego) ryzyka (których listę można znaleźć w Internecie), np. skoncentrowany roztwór KCl. Firma Braun ponadto produkuje Amikacin, Gentamycynę, Tobramycynę (nowość na polskim rynku), Fluconal, Paracetamol. Piotr Czarnecki omówił również: „Zarządzanie ryzykiem w odniesieniu do punktów krytycznych na przebiegu linii naczyniowej”. Prelegent wymienił produkty m.in.: jednorazowy sprzęt anestezjologiczny, pompy infuzyjne, bezpieczne kaniule, bezpieczny zamknięty system do podawania cytostatyków/chemioterapii, bezpieczne pojemniki do płynów infuzyjnych, system do przygotowania/podawania leków, w tym gotowe strzykawki do przepłukiwania, z zastawkami hemostatycznymi – są to przykłady całkowicie bezpiecznego sprzętu, zgodnego z wytycznymi (Dyrektywą Europejską i rozporządzeniem MZ w sprawie BHP...), o którym można znaleźć informacje na stronach internetowych [www.stopzakluciom.pl](http://www.stopzakluciom.pl) oraz [www.bezpiecznalinianaczyniowa.pl](http://www.bezpiecznalinianaczyniowa.pl).

Zebranie integracyjne członków poszczególnych towarzystw naukowych działających w Łodzi i województwie łódzkim było wspaniałą okazją do nawiązania kontaktów między organizacjami, poznania ich działalności i problemów oraz – miejmy nadzieję – rozpoczęcia dalszej owocnej współpracy.

mgr Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz  
PTP Oddział w Łodzi

Podziękowanie dla Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. W. Biegańskiego w Łodzi

Kierownikowi Oddziału Chorób Wewnętrznych B II – dr n. med. **Annie Binkowskiej**, lekarzom – pani **Magdalenie Białoskulskiej**, **Magdalenie Żółtobrockiej**, starszemu technikowi elektroradiologii **Justynie Adamczyk**, paniom pielęgniarkom na czele z oddziałową **Marzeną Gruszczyńską** za profesjonalną i fachową opiekę w czasie pobytu na oddziale mojego męża Eugeniusza

wdzięczna emerytowana pielęgniarka  
Ala Błazejko

Pragnę złożyć serdeczne podziękowanie na ręce panów kierowników dr n. med. **Piotra Ziemiaka** oraz zastępcy dr n. m. **Piotra Maciaszczyka**, zespołowi bloku operacyjnego – anestezjologom, instrumentariuszkom Kutnowskiego Szpitala Samorządowego (Szpital Przyjazny Pacjentom 2014) za fachowo przeprowadzoną operację, leczenie oraz miłą atmosferę, paniom pielęgniarkom, zabiegowym, opatrunkowym – „kochanym aniołom” – na czele z oddziałową mgr **Lidią Walicką**, paniom salowym. Tyle w nich wszystkich życzliwości i uśmiechu w opiece nad mężem Eugeniuszem. Takim personelem można się poszczycić, ale trzeba też pamiętać o duchowym wsparciu dla księdza mgr **Romana Bogdana Wójcika** – opiekuna chorych. Jesteśmy wszystkim bardzo wdzięczni.

małżonkowie Błazejko  
– Ala emerytowana pielęgniarka z Łodzi





## Sprawozdanie ze spotkania szkoleniowo-dyskusyjnego o stanie opieki paliatywno-hospicyjnej w woj. łódzkim

„Liczysz się, ponieważ jesteś tym kim jesteś.  
Liczysz się do ostatniej chwili swojego życia.  
Zrobimy wszystko co w naszej mocy,  
nie tylko pomagając Ci spokojnie umrzeć,  
ale także żyć aż do śmierci.”

Cicely Saunders

**S**potkanie odbyło się w dniu 5 czerwca 2014 r. w OIPiP w Łodzi. Skierowane było do wszystkich podmiotów leczniczych świadczących usługi w zakresie opieki nad chorym u kresu życia, funkcjonujących w Łodzi i województwie. Zorganizowane przez Komisję ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej we współpracy z konsultantem wojewódzkim w związku z obchodami 10-lecia funkcjonowania komisji. Obecna była Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej mgr Izabela Kaptacz. Wiceprzewodnicząca ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej Ewa Gawęda przedstawiła nam działalność komisji z okazji 10-lecia pracy przy OIPiP, a stan opieki paliatywno-hospicyjnej przybliżyła zgromadzonym podsumowanie roku 2012 mgr Elżbieta Ruta – Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej. Formy opieki paliatywno-hospicyjnej w województwie łódzkim (32 podmioty).

### Stacjonarne formy opieki paliatywno-hospicyjnej (6 instytucji):

- oddział opieki paliatywno-hospicyjnej – 2
- hospicjum stacjonarne – 1
- oddziały medycyny paliatywnej – 3

**Niestacjonarne formy opieki paliatywno-hospicyjnej (świadczona zdrowotne prowadzone w warunkach domowych) – 31 instytucji, w tym:**

- hospicja domowe dla dorosłych – 29
- hospicja domowe dla dzieci – 2

### Ambulatoryjne formy:

- poradnie medycyny paliatywnej – 11

### 14 podmiotów leczniczych prowadzonych przez organizacje pozarządowe, fundacje, organizacje kościelne – formy organizacji opieki:

- hospicjum domowych – 16 (w tym dla osób dorosłych – 14 i dla dzieci – 2)
- poradnie medycyny paliatywnej – 4
- oddział medycyny paliatywnej – 1

### 7 podmiotów leczniczych prowadzonych przez podmioty publiczne – formy organizacji opieki:

- hospicja domowe – 4
- hospicjum stacjonarne w strukturach szpitala – 1
- oddziały medycyny paliatywnej – 2
- oddział opieki paliatywno-hospicyjnej – 1
- oddział opieki paliatywnej – 1

### 11 podmiotów leczniczych prowadzonych przez inne podmioty (spółki) – formy organizacji opieki:

- hospicja domowe – 11
- poradnie medycyny paliatywnej – 3

### Hospicja prowadzone przez pozarządowe stowarzyszenia i fundacje oraz zgromadzenia zakonne i Caritas:

1. Niepubliczny ZOZ Hospicjum Kutnowskie.
2. NZOZ Stacja Opieki – Centrum Pielęgniarstwa Środowiskowo-Rodzinnego Caritas Archidiecezji Łowickiej w Łowiczu.

3. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Caritas Archidiecezji Łódzkiej.
4. NZOZ przy Stowarzyszeniu „Hospicjum Łódzkie”.
5. Szpital Zakonu Bonifratów św. Jana Bożego w Łodzi.
6. Zakład Opieki Paliatywnej w Pabianicach – 3 kontrakty podpisane na opiekę – hospicja domowego.
7. Poradnia Domowej Opieki Hospicyjnej Stowarzyszenia Hospicjum w Rawie Mazowieckiej.
8. Poradnia Domowej Opieki Hospicyjnej Stowarzyszenia Hospicjum w Rawie Mazowieckiej (brak informacji zwrotnej).
9. Niepubliczny Zakład Domowej Opieki Hospicyjnej Stowarzyszenia Hospicjum im. Anny Olszewskiej w Skierniewicach
10. Zakład Opieki Paliatywnej, Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej z Zduńskiej Woli.
11. Zakład Opieki Paliatywnej przy Zduńskowolskim Stowarzyszeniu Opieki Paliatywnej „Pomocna dłoń”.
12. Niepubliczny Zakład Opieki Paliatywnej przy Stowarzyszeniu Hospicjum im. Jana Pawła II w Zgierzu.
13. Stowarzyszenie „Łódzkie Hospicjum dla Dzieci”. Niepubliczny ZOZ. Łódzkie Hospicjum dla Dzieci i Dorosłych w Łodzi.
14. Centrum Opieki Paliatywnej Fundacja Gajusz w Łodzi.

### Zakłady publiczne:

1. Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie.
2. Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy.
3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi.
4. SPZOZ Uniwersytecki szpital kliniczny im. WAM UM w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów.
5. SPZOZ im. Prymasa Kardynała Wyszyńskiego w Sieradzu.
6. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu.
7. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zduńskiej Woli.

### Zakłady prowadzone przez spółki:

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Multimed – Łódź.

2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szóstka – Łódź.
3. Salve Zakład Opieki Zdrowotnej sp. z o.o.
4. Bogusław Sobolewski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej EPIONE, spółka komandytowa – Opoczno.
5. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medical – Piotrków Trybunalski.
6. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Moź-Med. Spółka Jawna Możdżan – Poddębice.
7. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „Medyk” w Radomsku.
8. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Usług Pielęgniarskich „Agmed” w Radomsku.
9. Niepubliczny Zakład Opieki Paliatywno-Hospicyjnej w Tomaszowie Mazowieckim.
10. Powiatowe Centrum Medyczne sp. z o.o.
11. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PALIUM – Łódź. W województwie łódzkim specjalizacje z pielęgniarstwa opieki paliatywnej posiadają (2014 r. sesja wiosenna) łącznie 52 pielęgniarki.

### Co dalej w pielęgniarstwie w opiece paliatywnej...

- udział w wprowadzeniu zmian w aktach prawnych;
- organizacja kształcenia podyplomowego;
- opracowanie wzoru ujednoliconej dokumentacji pielęgniarstwiej w opiece paliatywnej;
- wnioskowanie o powołanie konsultantów wojewódzkich;
- kontrole problemowe;
- aktywność pielęgniarek opieki paliatywnej na forum zagranicznym
- prowadzenie badań naukowych.

Podsumowując opieka paliatywna to zobowiązanie, kompetencje, partnerstwo, edukacja. Dziękujemy wszystkim pielęgniarkom, które wydawałoby się bez trudu znoszą trudy pracy z ludźmi chorymi na raka. Życzę sobie i innym dużo cierpliwości i wsparcia.

mgr Elżbieta Ruta





### *Wspomnienie o Ilonie Tułodzieckiej*

Choć minęło już trochę czasu od śmierci Pani Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych II i III kadencji Ilony Tułodzieckiej, to jednak Ci co ją znali osobiście i Ci co tylko wiedzieli kim była nie mogą pogodzić się z tak wielką stratą. Odeszła od nas po ciężkiej chorobie w dniu 23 czerwca 2014 r. Pani Prezes była ikoną naszego samorządu, której nieobce były ludzkie sprawy i problemy. Jako pielęgniarka – społecznik wypełniała swoje zadania zawsze z wielką pasją i poświęceniem widząc drugiego Człowieka. Jej poświęcenie, wiara w idee i misje naszych zawodów oraz doświadczenie służyło przez wiele lat rozwojowi pozycji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Pani Prezes Ilona Tułodziecka cieszyła się ogromnym autorytetem nie tylko w środowisku pielęgniarek i położnych, ale polityków i urzędników ministerstw. Pragnęła przemian i nie żałowała sił, aby tych zmian dokonywać. Funkcję Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych traktowała jako służbę na rzecz swojego środowiska, a odpowiedzialność i etykę zawodową stawiała zawsze wysoko na najwyższym podium. W maju br. Ilona Tułodziecka została uhonorowana złotym najwyższym odznaczeniem „Zasłużony dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych”.

W naszej pamięci pielęgniarek i położnych pozostanie jako wyjątkowa pełna życia, życzliwa, zawsze pomocna koleżanka, która nikomu nie odmówiła pomocy. Zawsze podkreślała jak ważna jest rola samorządu a przede wszystkim jak ważna jest jedność wśród jego członków. W swoich wypowiedziach podkreślała, że: „egoizm i dbanie o jednostkowy interes prowadzi do powolnej dezintegracji samorządu – do osłabienia naszych zawodów...”, „że samorząd to nie władza – to odpowiedzialność...”, „...działalność samorządu to nie tylko załatwianie spraw bieżących, ale również inwestowanie w przyszłość. Byliśmy i jesteśmy środowiskiem, które nie czeka biernie, aż ktoś ofiaruje mu lepsze jutro” – nic o nas, bez nas...

Środowisko pielęgniarek i położnych poniosło ogromną stratę. Pozostanie w naszej pamięci i sercu. (J.G.)

Życie jest piękne, pełne obietnic, spełnionych marzeń...  
Życie ciągle Cię mało...

Żegnamy z wielkim szacunkiem naszą koleżankę pielęgniarkę

***śp. Annę Dolgij***

Była człowiekiem o wielkim sercu i wrażliwej duszy.  
Życzliwa, uśmiechnięta, taka pozostanie w naszej pamięci.

Pielęgniarki i Położne  
Samodzielnego Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim.