

**Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

**Zalecenia konsultanta
krajowego w dziedzinie
pielęgniarstwa
dotyczące zarządzania
ryzykiem zdarzeń
niepożądanych**

6

**Rozstrzygnięcie
konkursu
„Pielęgniarstwo po
godzinach. Wpływ
zawodu na nasze życie
rodzinne – blaski i cienie”**

10

**Hałas, uszkodzenie
słuchu a jakość życia**

Światowa Organizacja
Zdrowia stwierdziła, że
uszkodzenie słuchu wywołane
hałasem jest dominującym
i nieodwracalnym
zagrożeniem zawodowym
i ocenia się, że około 120
milionów ludzi na świecie
cierpi na niepełnosprawność
słuchową

22

- 2 Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
- 3 **Serwis informacyjny**
- Zalecenia konsultanta**
- 6 Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych
- Sprawozdania**
- 8 „Łódzkie Dni Pielęgniarstwa. Pielęgniarstwo bez granic”
- Rozstrzygnięcie konkursu**
- 10 Lubię oglądać komedie romantyczne
- 12 Jest piąta rano
- 14 Przerwa po godzinach
- 16 Skóra noworodka niedojrzałego – jej funkcje i trudności w pielęgnacji (cz. 2)
- Okiem psychologa**
- 19 Czy jesteś kowalem swojego zdrowia?
- 22 Hałas, uszkodzenie słuchu a jakość życia
- 25 **Kącik biblioteczny**
- Kącik emerytek**
- 26 Uroki Dolnego Śląska
- 27 **Podziękowania**
- 28 Z żałobnej karty

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

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640 - 7679

Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

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

SŁOWO PRZEWODNICZĄCEJ OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI



Tegoroczne wakacje obfitowały w zmienną pogodę, liczne burze i nawałnice. W naszym życiu zawodowym też nie było słonecznie. Z dniem 1 lipca 2011 roku weszła w życie ustawa o działalności leczniczej. Dla wielu jest to chmura, z której jeszcze nie wiadomo, czy będzie duży deszcz czy rozwieje ją wiatr i pojawi się słońce. Będzie to zależało od ukazujących się aktów wykonawczych. Jednym z nich będzie rozporządzenie o liczeniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek, ale dotyczące tylko podmiotów leczniczych nie będących przedsiębiorcą (czyli zakładów publicznych). Rozporządzenie to oparte jest w dużej mierze na poprzednim i sam jego projekt nie wzbudza entuzjazmu w środowisku pielęgniarek i położnych. Sukcesem jest przyjęcie po długim oczekiwaniu ustaw o zawodzie pielęgniarki i położnej i o samorządzie pielęgniarek i położnych. Cieszymy się z uporządkowania spraw w zakresie samodzielnych świadczeń zdrowotnych, z uznania pielęgniarek i położnych za funkcjonariuszy publicznych. Oznacza to, że zgodnie z Kodeksem Karnym, za znieważenie pielęgniarki/położnej podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych grozi kara grzywny, ograniczenie wolności lub pozbawienie wolności do jednego roku.

Niestety, w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej nie ma oczekiwanego przez nasze środowisko umocowania prawnego w zakresie systematycznego wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. Niewątpliwie zapis taki pozytywnie wpłynąłby na zainteresowanie tymi zawodami wśród młodzieży, ale przede wszystkim nam – doświadczonym pielęgniarkom, pielęgniarzom, położnym – zapewniałby poczucie bezpieczeństwa o wynagrodzenie za tak ciężką i odpowiedzialną pracę.

Dobiegają końca wybory delegatów na VI kadencję pracy w samorządzie. Nie wszędzie odbyły się w zaplanowanych terminach. W 11 okręgach wyborczych po decyzji Okręgowej Komisji Wyborczej o unieważnieniu wyborów z powodu błędów formalno-prawnych trzeba je było powtórzyć. I nie bójmy się o tym mówić. Lepiej błąd naprawić, niż zamieść pod przysłowiowy dywan i czekać, czy nas ktoś z tego błędu rozliczy czy nie.

W oczekiwaniu na tylko pozytywne zmiany w naszym życiu zarówno zawodowym jak i osobistym, życzę Państwu nieustającego zdrowia i pasji w dążeniu do realizacji wyznaczonych celów.

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
mgr Zofia Komorowska

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje

ORPiP w dniu 10 maja 2011 roku

▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 5 pielęgniarek.

▶ Wymieniono prawo wykonywania zawodu 1 pielęgniarki.

▶ Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 1 pielęgniarkę.

▶ Wdano duplikat prawa wykonywania zawodu 1 pielęgniarki.

▶ Podjęto 1 uchwałę dotyczącą rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek.

▶ Przyznano jedną zapomogę bezzwrotną w wysokości 5000 zł.

▶ Podjęto dwie uchwały dotyczące wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych:

- Spółdzielnia Pracy „Oświata” – szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki,

- Fundacja Twórczych Kobiet – kurs dokształcający „Karmienie piersią – standard w opiece okołoporodowej”.

▶ Podjęto uchwałę w sprawie likwidacji Policealnej Szkoły Opiekunów Medycznych przy OIPiP w Łodzi.

▶ Przyjęto sprawozdanie Skarbnika z wykonania budżetu za I kwartał 2011 roku.

▶ Podjęto decyzje dotyczące funkcjonowania Biura OIPiP w Łodzi.

▶ Podjęto uchwałę w sprawie zakupu nowości książkowych dla potrzeb Biblioteki.

▶ Przyznano dofinansowania w: kursach kwalifikacyjnych – 40 członkom samorządu, kursach specjalistycznych – 12 członkom samorządu, konferencjach, zjazdach – 45 osobom. Pozytywnie rozpatrzono odwołanie od decyzji Okręgowej Rady.

▶ Wytypowano przedstawicieli OIPiP w Łodzi do udziału w komisjach egzaminacyjnych.

Prezydium ORPiP w dniu 25 maja 2011 roku

▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 1 pielęgniarki i 1 położnej.

▶ Przyjęto od jednej pielęgniarki oświadczenie o powrocie do wykonywania zawodu.

▶ Wymieniono prawo wykonywania zawodu 2 pielęgniarek.

▶ Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 7 pielęgniarek.

▶ Skreślono z rejestru pielęgniarek 3 pielęgniarki.

▶ Podjęto 8 uchwał dotyczących rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

▶ Przyznano 10 zapomóg bezzwrotnych.

▶ Podjęto jedną decyzję w sprawie skrócenia przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki z 6 do 4 miesięcy.

▶ Podjęto uchwałę w sprawie zatwierdzenia kadry dydaktycznej – opiekunów staży – zajęcia praktyczne kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, program dla pielęgniarek i położnych, w terminie 20.05.2011 r. – 13.12.2011 r., organizowanego i finansowanego z budżetu OIPiP w Łodzi.

▶ Przyznano dofinansowania w: szkoleniu specjalizacyjnym – 1 osobie, kursach kwalifikacyjnych – 5 członkom samorządu, kursach specjalistycznych – 24 członkom samorządu, konferencjach, zjazdach – 5 osobom.

▶ 1 osobie przyznano nagrodę finansową w wysokości 1500 zł po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale pielęgniarstwa/położnictwa z oceną bardzo dobry w dyplom.

▶ Przyznano nagrodę finansową z racji uzyskania tytułu doktora nauk medycznych.

▶ Przyznano honoraria dla 6 autorów prac opublikowanych w Biuletynie Nr 5/2011.

▶ Wytypowano przedstawiciela OIPiP w Łodzi do udziału w komisjach konkursowych na stanowisko pielęgniarek oddziałowych.

ORPiP w dniu 7 czerwca 2011 roku

▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 1 pielęgniarki i 1 położnej.

▶ Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 2 pielęgniarki.

▶ Wydano duplikat prawa wykonywania zawodu 1 pielęgniarki.

▶ Skreślono z rejestru pielęgniarek 1 pielęgniarkę.

▶ Podjęto 4 uchwały dotyczące rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek.

▶ Przyjęto protokół Okręgowej Komisji Rewizyjnej z kontroli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi za okres styczeń, luty, marzec i kwiecień 2011 r.

▶ Podjęto uchwałę zmieniającą regulamin udzielania zapomóg i pomocy finansowej członkom OIPiP w Łodzi. Treść Uchwały Nr 1465/V ORPiP w Łodzi z dnia 7 czerwca 2011 r. w sprawie zmiany Uchwały Nr 1215/V ORPiP w Łodzi z dnia 9 listopada 2010 r. w sprawie regulaminu udzielania zapomóg członkom OIPiP w Łodzi została umieszczona na stronie internetowej OIPiP.

▶ Podjęto uchwałę dotyczącą wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek

i położnych – Akademia Zdrowia, kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego.

▶ Rozpatrzone odmownie wnioski członka samorządu w sprawie umorzenia zaległych składek członkowskich na rzecz samorządu.

▶ Podjęto uchwałę w sprawie nadania „Wyróżnienia za Zasługi dla samorządu pielęgniarzek i położnych”.

▶ Podjęto dwa stanowiska:

– Stanowisko Nr 1 do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie zaliczania modułów bloku ogólnozawodowego, uczestnikom kursów kwalifikacyjnych,

– Stanowisko Nr 2 do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie umieszczenia w porządku obrad VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych punktu dotyczącego składek członkowskich.

▶ Na wniosek dr n. hum. Zbigniewa Tokarskiego – Prodziekana ds. Ogólnych kierunku Pielęgniarstwo AHE w Łodzi – podjęto decyzję o współpracy naukowej, dotyczącej przeprowadzenia badań „Efektywność form i metod kształcenia w doskonaleniu zawodowym pielęgniarzek i położnych”.

▶ Przyjęto sprawozdanie Zespołu ds. Monitorowania Jakości Kształcenia za okres 1 – 31 maja 2011 r.

▶ Przyznano dofinansowania w: kursach kwalifikacyjnych – 6 członkom samorządu, kursach specjalistycznych – 33 członkom samorządu, konferencjach – 4 członkom samorządu. Ze względu na regulaminowych jednej osobie odmówiono przyznania dofinansowania – brak 2 lat opłacania składki członkowskiej na rzecz samorządu.

▶ Jednej osobie przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich z oceną bardzo dobry w dyplomie.

▶ Wytypowano przedstawicieli OIPiP w Łodzi do pracy w komisjach konkursowych na stanowiska pielęgniarzek oddziałowych i ordynatorów.

Prezydium ORPiP w dniu 29 czerwca 2011 r.

▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarzek i rejestru położnych 2 pielęgniarkom i 1 położnej.

▶ Wymieniono zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu 4 pielęgniarkom.

▶ Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarzek i rejestru położnych 1 pielęgniarkę i 1 położną.

▶ Skreślono z rejestru pielęgniarzek 5 pielęgniarek.

▶ Wydano 1 pielęgniarcie duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu.

▶ Podjęto 7 uchwał dotyczących rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarzek i położnych.

▶ Podjęto decyzję w sprawie skrócenia przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki o jeden miesiąc.

▶ Przyznano honoraria dla 7 autorów prac opublikowanych w Biuletynie Nr VI/2011.

▶ Przyznano członkom samorządu: 10 zapomóg bezwrotnych i 6 pomocy finansowych.

▶ Ze względu na regulaminowych jednej osobie odmówiono przyznania dofinansowania – brak 2 lat opłacania składki członkowskiej na rzecz samorządu.

▶ Przyznano nagrodę finansową w związku z uzyskaniem stopnia naukowego doktora nauk medycznych.

▶ Przyznano dofinansowania w: studia podyplomowe – 1 osobie, kursach kwalifikacyjnych – 40 członkom samorządu, kursach specjalistycznych – 37 członkom samorządu konferencjach, zjazdach – 5 osobom.

▶ Jednej osobie odmówiono przyznania dofinansowania ze względu na regulaminowych – brak faktury wystawionej na wnioskodawcę.

▶ Przyznano jedną nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich z oceną bardzo dobry w dyplomie.

▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do udziału w komisji konkursowych na stanowisk ordynatorów oddziału i zastępcy dyrektora.

Prezydium ORPiP w dniu 13 lipca 2011 r.

▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarzek i rejestru położnych 1 pielęgniarcie i 4 położnym.

▶ Wymieniono zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu 2 pielęgniarkom.

▶ Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarzek i rejestru położnych 3 pielęgniarki.

▶ Uchyłono Uchwałę Nr 1250/V Prezydium ORPiP z dnia 29 czerwca 2011 r. w sprawie wydania duplikatu zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki.

▶ Podjęto uchwałę w sprawie zmiany terminu ważności uprawnień do wykonywania zawodu położnej oraz wpisu do rejestru położnych.

▶ Skreślono z rejestru pielęgniarzek 140 pielęgniarek i 22 położne.

▶ Podjęto 6 uchwał dotyczących rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarzek i położnych.

▶ Podjęto 2 decyzje w sprawie skrócenia przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki o jeden miesiąc.

▶ Na wniosek Dyrektora Policealnej Szkoły Opiekunów Medycznych przy OIPiP w Łodzi powołano komisję w sprawie przekazania dokumentacji i majątku szkoły.

▶ Podjęto uchwały w sprawie powołania komisji kwalifikacyjnej i kadry dydaktycznej bloku ogólnozawodowego na szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i pielęgniarstwa chirurgicznego, organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.

▶ Podjęto uchwałę dotyczącą wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarzek i położnych, Ośrodek Kształcenia Talmed s.c., szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie Pielęgniarstwo operacyjne.

► Podjęto decyzję w sprawie rekomendacji do projektu „Zastrzyk Kompetencji Interpersonalnych Ultra Forte” złożonego w ramach dotacji z funduszy europejskich przez Centrum Szkoleniowe „Provena”.

► Podjęto uchwałę w sprawie współfinansowania Konferencji Stowarzyszenia Zawodów Zaufania Publicznego, planowanej na dzień 24 września 2011 r.

► 6 członkom samorządu przyznano zapomogi losowe.

► Przyznano nagrody dla zwycięzców ogłoszonego przez OIPiP w Łodzi konkursu „Pielęgniarstwo po godzinach. Wpływ zawodu na nasze życie rodzinne – blaski i cienie”. Prace autorów trzech pierwszych miejsc będą publikowane w Biuletynie w miesiącu wrześniu, natomiast dwie wyróżnione prace nagrodą niespodzianką w miesiącu października. Prace pozostałych uczestników konkursu publikowane będą w kolejnych numerach Biuletynu.

► Przyznano dofinansowania w: studia podyplomowe: – 1 osobie, kursach kwalifikacyjnych – 86 członkom samorządu, kursach specjalistycznych – 33 członkom samorządu, konferencjach, zjazdach – 5 osobom.

► Przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich z oceną bardzo dobry w dyplomie 3 członkom samorządu.

► Wytypowano przedstawiciela ORPiP w Łodzi do udziału w komisji konkursowej na stanowisko ordynatora.

Nadzwyczajne posiedzenie ORPiP w dniu 26 lipca 2011 r.

Nadzwyczajne posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zwołane zostało ze względu na złożenie przez członka zebrania wyborczego odwołania do Uchwały Nr 2 Okręgowej Komisji Wyborczej w Łodzi z dnia 7 czerwca 2011 r. w sprawie skargi złożonej przez członków rejonu wyborczego.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi po zapoznaniu się z treścią odwołania oraz z dokumentacją wyborczą podjęła uchwałę, w której postanowiła w całości odrzucić odwołanie.

Prezydium ORPiP w dniu 10 sierpnia 2011 r.

► Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 29 pielęgniarek/pielęgniarkom i 3 położnym.

► Wymieniono zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu 1 pielęgniarkom i 1 położnej.

► Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 4 pielęgniarki.

► Podjęto jedną uchwałę w sprawie odmowy stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej.

► Podjęto uchwałę w sprawie skreślenia z rejestru pielęgniarek.

► Podjęto uchwały: w sprawie stwierdzenia ograniczonego prawa wykonywania zawodu położnej oraz skierowania na staż podyplomowy obywatelkę Białorusi.

► Podjęto 5 uchwał dotyczących rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

► Przyznano: zapomogi losowe dwóm osobom, pomoc finansową 3 osobom. Z przyczyn regulaminowych odmówiono udzielenia zapomogi – brak regularnego opłacania składki na rzecz samorządu.

► Podjęto uchwały w sprawie kadry dydaktycznej kursu specjalistycznego w zakresie Wykonywania i oceny testów skórnych, program dla pielęgniarek oraz kursu specjalistycznego w zakresie Szczepień ochronnych, program dla pielęgniarek, organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.

► Na wniosek organizatora kształcenia Akademii Zdrowia dopisano kolejne placówki, w których będą odbywać się zajęcia teoretyczne i zajęcia praktyczne kursu specjalistycznego w zakresie Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego, program dla pielęgniarek i położnych.

► Podjęto uchwałę w dotyczącą funkcjonowania Biura OIPiP w Łodzi.

► Przyznano dofinansowania w: studia podyplomowe – 2 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 65 członkom samorządu, kursach specjalistycznych – 35 członkom samorządu, konferencjach, zjazdach – 14 osobom.

► Przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich z oceną bardzo dobry w dyplomie 6 członkom samorządu.

► Podjęto uchwałę w sprawie sfinansowania kosztów zakupu nagród dla najlepszych absolwentów studiów licencjackich Wydziału Pielęgniarstwa WSHE.

► Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do udziału w komisjach konkursowych na stanowiska: pielęgniarki oddziałowej, ordynatora oddziału, dyrektorów SPZOZ i dyrektora miejskiej przychodni.

Nadzwyczajne posiedzenie ORPiP w Łodzi w dniu 10 sierpnia 2011 r.

Nadzwyczajne posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zwołane zostało ze względu na złożenie przez członka zebrania wyborczego odwołania do Uchwały Nr 3 Okręgowej Komisji Wyborczej w Łodzi z dnia 29 czerwca 2011 r. w sprawie skargi złożonej przez członków rejonu wyborczego Nr 44 – NZOZ „Tomaszowskie Centrum Zdrowia”.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi po zapoznaniu się z treścią odwołania oraz

z dokumentacją wyborczą podjęła uchwałę, w której postanowiła w całości odrzucić odwołanie.

oprac. mgr Anna Manes
sekretarz ORPiP w Łodzi

Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych

Projekt bezpiecznej praktyki medycznej

„Uwzględnienie bezpieczeństwa pacjentów jako kwestii priorytetowej w polityce i programach w zakresie zdrowia na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym jako zadanie dla państw członkowskich”¹.

Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych obejmuje identyfikację, analizę oraz redukcję zdarzeń. Celem zarządzania ryzykiem jest wdrażanie do praktyki takich rozwiązań które pozwoliłyby na eliminację lub ograniczenie występowania zdarzeń niepożądanych.

Pojęcie ryzyka i zarządzania ryzykiem w medycynie pojawiło się w latach 70. Badania które zostały przeprowadzone w USA i Raport Narodowego Instytutu Zdrowia z 1999 r. wykazały, że szpital jest instytucją udzielającą świadczeń zdrowotnych o wysokim stopniu złożoności, a tym samym wysokim poziomie ryzyka. Całkowite wyeliminowanie występowania zdarzeń niepożądanych nie jest możliwe, konieczne jest określenie częstotliwości występowania zdarzeń niepożądanych.

Zachowanie bezpieczeństwa pacjentów, stworzenie optymalnych warunków do prowadzenia procesu leczniczego jest zadaniem pracowników medycznych.

Współczesna medycyna powinna podążać z kierunkiem ciągłych zmian, budowania nowoczesnego modelu opieki nad pacjentem. Części skła-

dowe tego modelu wiążą się z wiedzą medyczną oraz realizacją procedur poprawiających jakość świadczeń, a tym samym bezpieczeństwa pacjenta.

Zalecenia Rady Komisji Wspólnot Europejskich w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (KOM 2008/836 wersja ostateczna), zwracają uwagę na fakt iż 8–12 proc. pacjentów przyjmowanych do szpitala w państwach członkowskich cierpi z powodu zdarzeń niepożądanych podczas korzystania z opieki zdrowotnej.

Zdaniem Komisji Wspólnot Europejskich, Państwa Członkowskie powinny stworzyć lub udoskonalić systemy zgłaszania i wyciągania wniosków w celu rejestrowania skali i przyczyn zdarzeń niepożądanych oraz opracowania skutecznych rozwiązań i sposobów reagowania. Bezpieczeństwo pacjentów powinno być częścią kształcenia i szkolenia pracowników opieki zdrowotnej.

Zgodnie z wymienionym Stanowiskiem Komisji Wspólnot Europejskich, należy zachęcać do czynnego zgłaszania zdarzeń niepożądanych poprzez stworzenie uczciwych okoliczności, mających odmienny charakter od procedur dyscyplinarnych.

Funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej, nowoczesne kierowanie i zarządzanie zespołami musi uwzględniać problematykę bezpieczeństwa pacjenta.

Nowoczesny model zapewnienia wysokiej jakości opieki medycznej powinien uwzględniać wewnętrzny system jakości, staje się więc pewnym iż to zadanie dla kadry kierowniczej

w celu zapewnienia dobrej praktyki pielęgniarskiej gwarantującej zapewnienie warunków dla możliwie optymalnego bezpieczeństwa pacjenta.

Przedstawione zalecenia mają na celu przekazanie wytycznych postępowania dla kadry kierowniczej, zespołów pielęgniarskich, a w dalszej kolejności pozostałych członków zespołów terapeutycznych w przedmiocie zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych.

Definicja

zdarzenia niepożądanego

„Zdarzenie niepożądane to szkoda wywołana w trakcie lub w wyniku leczenia, nie związana z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia pacjenta”.

Założenia organizacyjne do zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych

Program w swoich założeniach koncentruje się na wyeliminowaniu zagrożeń które mogą wystąpić podczas pobytu pacjenta w szpitalu. Adresowany do pracowników medycznych, mających wpływ na poprawę bezpieczeństwa pobytu pacjenta w szpitalu oraz członków zespołów zadaniowych funkcjonujących na terenie szpitala.

Cele projektu

1. Zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów poprzez eliminację czynników zagrożenia dla zdrowia lub życia chorego, określenie przyczyn i wprowadzenie działań naprawczych w zakresie zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych.

1. Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Bruksela, dnia 15.12.2008 r.

1. Zwiększenie odpowiedzialności pracowników medycznych za zachowanie bezpiecznych warunków pobytu pacjentów w szpitalu.

2. Poprawa jakości życia pacjentów.

3. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych.

4. Ocena wdrożenia przez pracowników szpitala procedury monitorowania zdarzeń niepożądanych.

5. Wdrażanie rozwiązań w zakresie usprzętowania, eliminacji barier technicznych i organizacyjnych celem eliminacji zdarzeń niepożądanych.

Oczekiwany rezultat

1. Zmniejszenie liczby występowania zdarzeń niepożądanych.

2. Poprawa bezpieczeństwa pobytu pacjenta w szpitalu.

3. Poprawa jakości opieki, zwiększenie odpowiedzialności za zachowanie bezpiecznych warunków pobytu pacjentów.

4. Zwiększenie świadomości pracowników medycznych.

5. Otrzymanie informacji na temat przyczyn występowania zdarzeń niepożądanych.

6. Wprowadzenie nowych rozwiązań technicznych i organizacyjnych.

Zalecenia

Zalecenie I w sprawie organizacji dobrej praktyki pielęgniarskiej w przedmiocie zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych.

1. Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego jest traktowane jako:

– niezależne z rejestrem skarg, wniosków i zażaleń pacjentów, całkowicie poufne,

– nie służy identyfikacji pacjenta i personelu,

– nie służy stygmatyzacji personelu,

– zawsze łączy się z analizą i szukaniem przyczyn,

– inicjuje działania naprawcze.

System zgłaszania ma zachęcać pracowników do czynnego zgłaszania zdarzeń poprzez stworzenie otwartych i uczciwych okoliczności.

2. Na poziomie podmiotu leczniczego (ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – Dz.U. z dnia 1 czerwca 2011 r.) jest powołany zespół ds. zdarzeń niepożądanych.

Zadania zespołu:

– identyfikacja zdarzeń niepożądanych na podstawie kart zgłoszeń,

– gromadzenie i poddawanie analizie danych dotyczących zdarzeń niepożądanych,

– mapowanie danych i informacji,

– ustalanie przyczyn źródłowych zdarzenia, podjęcie działań wyjaśniających, wydanie

– zaleceń i wyciągnięcie wniosków,

– przekazanie informacji pracownikom,

– opracowywanie rocznych raportów.

Zalecenie II w sprawie rejestru pacjentów u których wystąpiło zdarzenie niepożądane.

1. Personel medyczny zgłasza wystąpienie zdarzenia niepożądanego (zdarzenia dzielimy na rzeczywiste i potencjalne/niedoszłe).

2. Zespół ds. analiz zdarzeń niepożądanych dokonuje analizy zgłoszonego przypadku.

3. Określenie kolejności zdarzeń.

4. Zidentyfikowanie przyczyn źródłowych.

5. Przygotowanie planu działań.

6. Sporządzenie raportu i przekazanie personelowi oddziału.

7. Na poziomie oddziałów, a następnie szpitala – podmiotu leczniczego jest prowadzona analiza występowania zdarzeń niepożądanych.

Zalecenie III w sprawie dokumentowania.

1. Szpital opracowuje własny system dokumentowania zdarzeń niepożądanych.

Zalecenie IV w sprawie szkoleń pracowników medycznych.

1. Roczne plany szkoleń zawierają problematykę zdarzeń niepożądanych.

Zalecenie V w sprawie realizacji zadań z zakresu zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych – projektu bezpiecznej praktyki medycznej przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa.

1. Konsultanci krajowi i wojewódzcy podczas przeprowadzanych wizytacji/kontroli zwracają uwagę na zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych w praktyce pielęgniarskiej.

Zalecenie VI w sprawie odpowiedzialności za realizację zaleceń Dobrej Praktyki Pielęgniarskiej.

1. Za realizację zaleceń odpowiada osoba zarządzająca pielęgniarstwem – Dyrektor ds. Pielęgniarstwa/Naczelnia Pielęgniarka/Przełożona Pielęgniarek.

Propozycja do katalogu rejestrowanych zdarzeń niepożądanych w obszarze praktyki pielęgniarskiej

1. Niewłaściwy pacjent
2. Odcewnikowa infekcja łożyska naczyniowego
3. Sepsa po zabiegu operacyjnym
4. Upadki w szpitalu
5. Wypadnięcie z łóżka
6. Komplikacje wywołane nieprawidłowym podnoszeniem pacjenta dla pacjenta
7. Samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala
8. Błędy związane z pobieraniem próbek krwi, rozbieżności wykryte podczas kontroli zgodności krwi, obcogrupowe przetoczenie krwi.
9. Niewłaściwy lek, niewłaściwa droga podania, niewłaściwy pacjent, niewłaściwe połączenie z innym lekiem.
10. Samobójstwo.
11. Inne zgodnie z definicją. ■

dr n. biol. Grażyna Kruk-Kupiec
konsultant krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa

„Łódzkie Dni Pielęgniarstwa. Pielęgniarstwo bez granic.”

KATARZYNA BARAN
ANGELIKA DĄBROWSKA
ANNA WARDZIŃSKA

W dniach 13-15 maja 2011 roku w Łodzi w hotelu „Borowiecki” odbyła się Międzynarodowa Konferencja „Łódzkie Dni Pielęgniarstwa. Pielęgniarstwo bez granic”, nad którą honorowy patronat objęła Prezydent Miasta Łodzi Hanna Zdanowska. Patronat medialny nad konferencją objął „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”. Komitet organizacyjny stanowili: Przewodnicząca ORPiP w Łodzi mgr Zofia Komorowska, mgr Wojciech Nyklewicz oraz Wiesława Jędrychowska, mgr Lukáš Kober (Słowacja), Jana

Korandová (Czechy), mgr Anna Manes, mgr Małgorzata Mirowska, mgr Lucyna Okulska. Prezentowane wykłady podzielone były na cztery sesje. Pierwsza z nich „Pacjent, pielęgniarka, położna – istoty kulturowe” poświęcona była tematowi różnic kulturowych.

Nas w tej sesji najbardziej zaciekał wykład podejmujący tematykę polskich pielęgniarek pracujących w Libii, uwarunkowań kulturowych tam panujących a co za tym idzie zachowań pacjentów. Zdziwił nas fakt, iż wprowadzony jest tam podział przede

wszystkim na płęć chorych a dopiero później na oddziały szpitalne.

Sesja ta została zakończona podpisaniem umowy o wzajemnej współpracy pomiędzy Słowacką Izbą Pielęgniarek i Położnych PhDr. Márią Lévyovą a Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych w Polsce dr Elżbietą Buczkowską.

W drugiej sesji pod nazwą „Aspekty etyczne w pielęgniarstwie i położnictwie transkulturowym” szczególne zainteresowanie wywołał wykład Jaroslava Pekara (Czechy) na temat postępowania z agresywnym pacjentem,

Dr Krystyna Frydrysiak podczas prezentacji wykładu o polskich pielęgniarkach w Libii



Podpisanie umowy o wzajemnej współpracy pomiędzy Słowacką Izbą Pielęgniarek i Położnych a Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych w Polsce



po którym wywiązała się dyskusja, wymieniono poglądy, jakie przepisy prawne chronią pielęgniarki i położne w postępowaniu z takim pacjentem oraz jak to wygląda prawnie w Austrii i na Słowacji.

Po godzinnej przerwie obiadowej odbyła się trzecia sesja pt.: „Dialog w pracy z pacjentem różnicowanym kulturowo”, która dotyczyła zagadnień komunikacji z pacjentami z innych kultur. Komunikacja jest podstawą budowania relacji terapeutycznej między pielęgniarką a pacjentem, a w przypadku niezrozumienia innych zachowań, zaburzonego przekazu jest to utrudnione i nie pozwala na spełnianie swojej roli.

W tej części konferencji zainteresowały nas szczególnie dwa wykłady. Pierwszy dotyczył polskiej pielęgniarki na emigracji na podstawie własnych doświadczeń – pani

Katarzyny Trzpiel. Drugi wykład mgr Agaty Wojcierowskiej i mgr Agnieszki Renn-Żurek dotyczył relacji i opinii pielęgniarek w stosunku do pacjentów z mniejszości romskiej. Przybliżył nam tematykę Romów w Polsce a także ukazał, iż mimo że kontakty w trakcie hospitalizacji nie odbiegają od normy, jednak stereotyp Cygana nadal funkcjonuje, także w środowisku pielęgniarskim.

W sobotę o godzinie 9 rozpoczęła się czwarta, ostatnia sesja pt.: „Podmiotowe pielęgnowanie mniejszości seksualnych. Zarządzanie w pielęgniarstwie oraz kształcenie studentów pielęgniarstwa i położnictwa”. Nasze zainteresowanie wzbudziło wystąpienie pań Ewy Tomaszewicz i Małgorzaty Rawińskiej, które przedstawiły kilka historii osób homoseksualnych w relacji z personelem ochrony zdrowia, oraz funkcjonującym postrzeganiem

w stosunku do osób innej orientacji seksualnej.

Międzynarodowy wymiar konferencji ukazywał się poprzez wyświetlanie prac w języku ojczystym osób występujących oraz wersją przetłumaczoną na język polski, co znosiło barierę językową.

Przedstawiający mieli wiele ciekawych informacji do przekazania jednak ograniczenia czasowe zmuszały do skracania niektórych wątków, lecz uczestnicy konferencji wraz z programem i streszczeniem otrzymali płytę z całymi pracami osób występujących, co pozwoliło na zapoznanie się z tematami, które najbardziej zainteresowały.

Byłyśmy pełne uznania dla organizatorów za trud włożony w przygotowanie tej międzynarodowej konferencji.

Fotorelacja z konferencji znajduje się na trzeciej stronie okładki. ■



Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. 42 630 95 59, kom. 0-784 009 277
Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
PRZEZ TELEFON
42 630 95 59
42 630 73 00
LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY



KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran • Komunikacja interpersonalna w pielęgniarstwie

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków • Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Profilaktyka chorób piersi

DOKSZTAŁCAJĄCE DLA PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH I PRACOWNIKÓW BRANŻY MEDYCZNEJ

Trening komunikacji z pacjentem

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

**PŁATNOŚĆ
ROZKŁADAMY NA
DOGODNE,
MIESIĘCZNE RATY**

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/V z dnia 08 kwietnia 2008 roku oraz Uchwałą Nr 643/V z dnia 10 marca 2009 roku OIPIP w Łodzi, w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego, można ubiegać się o dofinansowanie do kosztów uczestnictwa w kursach

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

www.erudio.com.pl

ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

„Pielęgniarstwo po godzinach. Wpływ zawodu na nasze życie rodzinne – blaski i cienie”

Uprzejmie informujemy, iż w dniu 14 czerwca 2011 roku na posiedzeniu komisji konkursowej w składzie: Anna Manes, Danuta Zwolińska Małgorzata Guminiak-Zdziarska, Danuta Twardowska, Mirosława Olejniczak, spośród 15 prac, które wpłynęły na nasz konkurs, wyłoniono zwycięzców:

I miejsce i 750 zł nagrody otrzymuje Autorka pracy pt.:
„Lubię oglądać komedie romantyczne”

II miejsce i 500 zł nagrody dla Autorki artykułu pt.:
„Jest piąta rano”

III miejsce i 300 zł dla Autorki artykułu pt.:
„Przerwa po godzinach”

Nagrody niespodzianki komisja wylosowała dla dwóch prac pt.:
„Świat ciągle pędzi do przodu”
„Czym jest zawód pielęgniarki”.

Zwycięskie prace publikujemy na łamach aktualnego wydania Biuletynu na stronach 10 – 15.

Dane osobowe niektórych Autorów zastrzeżone są do wiadomości Redakcji.

Kolejne prace biorące udział w konkursie będą opublikowane w następnych numerach Biuletynu.

Wszystkim Autorom konkursowych prac dziękujemy za udział a Zwycięzcom serdecznie gratulujemy.

Redakcja Biuletynu

Lubię oglądać

Lubię oglądać komedie romantyczne. Ha, z rozrzewnieniem śledzę losy bohaterów. Powiedzcie tylko, dlaczego kończą się one zawsze widokiem pary na ślubnym kobiercu? Jak w baśniach żadna z tych pociesznych filmowych fabuł nie zaczyna się dzień po małżeńskiej przysiędze. Wtedy dopiero pojawiają się schody. Dość strome. Prawda? To ja wam opowiem o codzienności, tej bez bukietów kwiatów, kolacyjek przy świecach, stu pięćdziesięciu telefonów z informacją o nieustającym kochaniu. Nieistotne, czy życie rodzinne zaczynamy bez formalności wstępnych, czy w sukni typu beza i fraku natychmiast chowanym do szafy. Jesteśmy razem. Dwie osoby i już rodzina, czyli podstawowa komórka społeczna, nad której bezpieczeństwem czuwa najwyższa ustawa. A wierzącym opiekę zapewnia jeszcze wiele wpływowych niebiańskich osób. Jest super. Budzimy się rano i kątem oka zauważamy obok siebie drugą osobę lekko pochrapującą. Myśl szybka jak błyskawica w głowinie błysła. Urodę poprawić zanim ukochany wstanie. Szybkim susem do łazienki. Tu dziwne zmiany. Na cennych kosmetykach skarpetki, kłapa od sedesu uniesiona, ale nic to. Oko poprawić, ust koral też. Już trzymamy szczoteczkę do rzęs, a tu łomot w drzwi i jęk słowny: „Kochanie, ja też bym chciał tu być”. Udać głuchą czy wpuścić? Wpuszczam bezmyślnie, trochę skołowana. Do pracy przez to miękkie serce poszłam bez śniadania, z fryzurą na kształt jeża. Ledwo podpisałam listę obecności usłyszałam śliczny sygnał mojej komórki. Odbieram i słyszę pytanie o miejsce kawy

w moim domu. Grzecznie podałam umiejscowienie puszek. Nie minęło pięć minut i już mam następne pytanie – o cukier tym razem. Odchodzę na dużą odległość od telefonu. W zamku nie mieszkamy. Kuchnia i pokoje niezbyt duże. Niech wysili umysł i poszuka sam potrzebnych produktów. Rodzących sporo. Zmówiły się czy co? Biegam między jedną, drugą, trzecią i uspokajam, pocieszam, dopinguję. Jezus, Maria, a ja planuję dziecko. Nawet dwójkę. Też będę taka bezradna, wymęczona i zła na ten sposób pojawiania się na świecie. Zgroza mnie ogarnęła. W życiu nie przekażę swoich genów. Odejdą ze mną. Po co ja poszłam na oddział położniczy? W ważnej sprawie oczywiście. No, jak sobie popatrzyłam na uśmiechnięte mamy, na ich spojrzenia na maluchy i jak taki jeden tylną na mnie zezem rozbieżnym, to natychmiast zachciało mi się taką kruszynę w domu mieć. Będę go przebierać w kolorowe kaftaniki, śpioszki, wozić w wózek, kołysać na bujanym fotelu. Niebiańskie życie przy takim bobasie. A jak ślicznie nasz dom będzie wyglądał w przyćmionym świetle lampy z tymi pluszowymi żyrafkami, króliczkami i kotkami. I ja dumna żona i matka. Ale się rozpedziłam. Marzenia wszak dodają skrzydeł. Hi, hi, hi w wolnych chwilach między zmianą różowego ubranka na fioletowe napiszę kilka wierszy miłosnych, albo jak już jestem stateczną kobietą parę patriotycznych. Wracam na ziemię. Zanim mi to szczęście wymyślone się pojawi, muszę zrobić obiad. Pierwszy rodzinny. Najgorsze, że mat-

komedie romantyczne

ka wybranka dobrze gotuje. A ja do tej pory żywiłam się stosownie do stanu posiadania banknotów w portfelu lub u mamusi, która ma kuchenne sprawy w jednym palcu. W końcu jak jestem w stanie pomóc przy skomplikowanym porodzie to i kurczaka upiekę. Chyba łatwiejsze to będzie. Do tego ziemniaczki, jakaś surówka i starczy. No nie wiem, czy to gotowanie takie łatwe. Nowe wyrazy poznałam. Coś tam musiałam blanszować. Problem rozgryzłam. Zaradna jestem. Tylko po iluś tam prawie świątecznych posiłkach stan naszych finansów sięgnął dna. Jejuńciu, żeby jaki dyżur się trafił, albo dwa nawet. Pracowita jestem. Od jutra zamykam drogę przez żołądek do serca. Przyjmę opcję bardziej duchową. Nie po to się żyje, aby smakołyki wcinać. Wyższe wykształcenie mam, a nic tylko kombinuję co zrobić na obiad. To po to się uczyłam tyle lat, wkuwałam mądrości wypijając morze kawy. Szlag. Chwile buntu przeżywam. Nie chcę włączyć po karkardę w wizerunek żony, matki i to w wersji z dawnych lat. W pracy życie ludzkie trzymam w ręku, a w domu mop i gar. Jak wybranek w pokoju, to pilot i komputer w jego rękach. Gdzieś jeden. A kran przecieka, ale pilotem tego nie ustawi to i kapie sobie woda, kapie. Muszę radia słuchać żeby kropelki spadających nie słyszeć. Za to słyszę świetne porady, jak ważne jest zdobywanie wiedzy i ustawiczne kształcenie i jak dużo potrafią zarabiać ci, co nie szcędzą chwil na naukę. Zaraz, zaraz, momentek. Fachowcem jestem i co? Jakoś kokosów nie widzę. Może ktoś

wie czemu moje szkoły są gorsze od innych szkół. Znajoma z ekonomicznym magisterium ma miesięcznie trzykrotnie większy dochód od mojego. Do pracy chodzi na luzie, wszak nie zależy od niej zdrowie i dobre samopoczucie ludzi. W końcu jak się pomyli, można cyferkę poprawić. A w pielęgniarstwie pomyłka może mieć dramatyczne skutki. Niech już on ten kran naprawi, ponieważ rewolucyjne idee lęgną się w mojej głowie. Nie żeby zaraz opony palić i szyby wybijać, ale spokojnie nie iść do pracy, nie zrobić obiadu. Za to iść do kosmetyczki, fryzjera i obejrzeć komedię romantyczną. Pójdę do pracy, zrobię obiad i obejrzę film kryminalny. Kilka krwawych scen moją żądzę mordu wyciszy. Zupełnie bez sensu te moje postanowienia. Nie da się w życiu wagarować. Tłumacz się potem kierownictwu z powodu nieobecności, kochanemu mężowi z braku obiadu i fanaberyjnych zachowań. Zaraz wejdę do szpitala i z uśmiechem przystąpię do wypełniania misji pielęgnacyjnych. Z uwagi na uposażenie nasz zawód nazywam misją. Nie myślcie, że ja tylko o pieniądzach rozmyślam. Nie jestem materialistką w stu procentach. Tylko bez dobrej płacy, niestety, złotówka musi być treścią dnia. Bez niej żyć się nie da. Chyba, że przodkowie zostawili milioniki, lub wybranek bogaty z domu lub z etatu. Mnie się takie przyjemności nie trafiły. Tworzę swój majątek sama w spółce z ukochanym. Staramy się, aby trudności nie poprowadziły nas odmiennymi drogami, ale są liczne załamania. Trudno jest

rezygnować z przyzwyczajęń na rzecz drugiej osoby. Ja jeszcze mocno przeżywam kłopoty pacjentek i tragedia nieznaney mi wcześniej kobiety wpływa na nastrój przez cały dzień. A prywatny psycholog światowej sławy, jak sądzę, czyli mój ukochany sypie radami, jak to należy oddzielać sprawy prywatne od zawodowych. Do progum mieszkania mogą się zamartwiać. Za progiem już oblicze jasne jak słońce. Niech mi kupi różdżkę czarodziejską. Nawet na kredyt. Spłaci się. Jak mam w jednej chwili zapomnieć, że młodej dziewczynie świat się zawalił. Urodziła chore dziecko. Jest bezrobotna, a teściowa już wie, że nieszczęście synowa spowodowała. Życie, ech, musisz być takie okrutne. Jestem w ciąży. Świetnie. Za rok, dwa w zależności od długości urlopu, na jaki pozwoli portfel zaczną się poruszać w świecie typowych macierzyńskich problemów. Znam je ze słyszenia. Katar u dziecka i myśl pierwsza: „Co powiedzą w pracy jak pójde na zwolnienie?” Myśl druga: „Wysłać do przedszkola, może to tylko godzinne pociąganie nosem.” Myśl trzecia: „Dostarczyć chorego wnuczka babci. Powinna się ucieszyć, że mam do niej zaufanie.” Odkładam zmartwienia. Nie będę dziecka stresować. Zjem sobie lody i śledzia marynowanego oglądając „Lassie wróć”. Pies potrafił pokonać tysiące kilometrów w imię przyjaźni, to ja też przebrnę przez życiowe pułapki. Optymistka jestem. ■

Dane osobowe Autorki
zastrzeżone do wiadomości Redakcji



Jest piąta rano

KATARZYNA SASS

I
Jest piąta rano. Słońce nie wstało jeszcze i słyszę cichy wiatr szamoczący za szybami. Teraz spokojnie mogę napić się kawy. Przysiąść przy stole i zapatrzeć się w mrugające światłami bloki. Tam też wstają ludzie. Kawa pachnie w całym domu. Szumi woda na kąpiel i świat budzi się, a ja z nim. Piętnaście minut później moje dwa pokoje z kuchnią oszaleją. Nie zdążę się wykapać, nie zdążę dopić kawy i nie wszystkie światła na zewnątrz się zapalą. Moje mieszkanie wybuchą pojedynczo. Najpierw wstaje najmłodszy z moich synów. Opowiada coś i próbuje zjeść przygotowane wcześniej płatki z mlekiem. (Zrobiłam je zanim zaczęłam pić kawę). Potem wstaje starszy. Krzyczy i ziewa przebiegając przez mieszkanie. Zawadza czasem o młodszego podbierając mu płatki. Sięga całą ręką. Najmłodszy złorzeczy.

Najstarszy wstaje najpóźniej. Uczy się do matury, więc wszyscy starają się by trochę się wyspał. Trochę to nie znaczy zbyt dużo. Tak, żeby nie blokować łazienki. Biegamy więc i krzyczymy wyszarpując sobie skrawki podłogi. Tylko dla siebie. Ten harmider nikogo nie przeraża. Śmiejemy się, że jesteśmy włoską rodziną. Gdyby ktoś stanął obok zobaczyłby zgiełk, szarpaninę i przeganianie się kto szybciej zje, kto się prędzej ubierze, kto szybciej wybiegnie i kto gdzieś zaraz zdąży.

Kąpiel się jakoś pomiędzy wrzawą i nagłą ciszą. Zjadam coś jak popadnie i jestem gotowa by wsiąść w samochód. Odwożę najmłodszego do szkoły. Starszy syn czasami doczepia się do nas i wtedy się nie spóźnia. Najstarszy sam sobie poradzi. Zdaje maturę. Jest już podobno dorosły...

Jesteśmy tylko w czwórkę. Ja i trzech budrysów. Ojciec mieszka gdzie indziej. Nie zawsze nas lubi. Niestety nie tylko mnie... Trzy lata temu powiedziałam, że dłużej już nie mogę. Nie chcę by nie lubił nas na co dzień... I że musimy się rozwieść. Chłopcy byli dużo młodszy. Nadal to przeżywają. Ja zresztą też... Zabrałam ich ze sobą do „małej chatki na skraju lasu”. Mieszkamy w Zgierzu, we czwórkę na czterdziestu paru metrach. Najdalej od niego. Staram się z nim nie widywać. Nie mogę z nim rozmawiać. Już jest bardzo daleko ode mnie i od chłopców...

Najmłodszy odwieziony do szkoły. Starszy milczy na przednim siedzeniu. Pytam go, jak tam w ogóle w szkole i czy wszystko w porządku. Oczywiście nic nie mówi. Jest w takim wieku, w jakim nie rozmawia się z mamą. Może kiedyś...

Wysiada prawie w biegu i zostaje sama. Najstarszego zostawiliśmy w domu. Mówił, że musi się uczyć. Mam nadzieję... Zwalniam i powoli jadę do Centrum Krwiodawstwa. Zastanawiam się, czy dzisiaj będzie dużo

dawców. Myślę o strzykawkach, krwi i ludziach, a z tyłu głowy zastanawiam się, czy najmłodszego przytuliłam dostatecznie i czy nie martwi się zbliżającą się komunią. Mówi, że jeszcze nie umie wszystkiego. Że denerwuje się, że zapomni. Że martwi się pierwszą spowiedzią...

Zatrzymuję się przed krwiodawstwem. Słońce jest już wysoko. Zapach kawy z domu już wywietrzył ze wspomnień. Idę do swoich obowiązków. Drugi dzisiejszy etat...

Dzisiaj jest bardzo dużo dawców. Piątek. Czasami wychodzę na korytarz zobaczyć, czy ktoś jeszcze doszedł. Przypominam sobie o najstarszym z synów. Telefonuję zapytać, czy wszystko w porządku. Rozmawiamy chwilę. Pyta, na którą idę do Zakładu Opieki. Mówię, że na noc. Milczy i obiecuje, że załatwi wszystko z chłopakami. Jeszcze nie wiem, co powinien zrobić. Umawiam się z nim na telefon po południu.

Dzień w krwiodawstwie był dosyć męczący. Wychodzę prosto w słoneczną pogodę. Teraz trzeba pomyśleć o zakupach. Zaraz rozdzwoni się telefon. Ciekawe, który z chłopaków zadzwoni pierwszy. Dzwoni starszy w imieniu najmłodszego. Trzeba odebrać ich ze szkoły. Starszy chce iść na piłkę, najmłodszy musi powtórzyć tekst na pierwszą komunię. Pojedziemy przed wieczorem na próbę

do kościoła. Potem dzwoni najstarszy. Wiem, że się uczy, ale proszę go o zrobienie obiadu. Nie zdążę zanim zabiorę starszego i najmłodszego na zajęcia dodatkowe.

II

Znów jedziemy samochodem. Chłopcy przekomarzają się z tyłu. Nie słucham ich, myślę o tym najstarszym, który musi szybko dorosnąć. Z dnia na dzień, z minuty na minutę. Nie bardzo jeszcze wie jak to się robi. Nie rozumie wielu rzeczy. Tak zwyczajnie powtarza to, o co się go poprosi. Ale wiem, że jest opiekuńczy i zajmuje się chłopcami najlepiej jak tylko potrafi. Ten starszy dojrzewa równie szybko. Wie, że na ojca nie mogą zbyt długo liczyć. Nie płaci alimentów, nie zabiera na wakacje. Nie kupuje prezentów...

Zaciskam dłonie na kierownicy. Zastanawiam się, czy i dzisiaj wszystkim podołam. Czy uda mi się zaplanować życie rodzinne chłopców i jeszcze pomóc innym w Zakładzie Opiekuńczym... Dam radę.

Dzwoni najstarszy. Prowadząc samochód tłumaczę mu co ma zrobić na obiad. Przyjmuje, choć wiem, że myśli o piłce, dziewczynach i świętym spokoju. Czasami wieczorem, jak wszyscy śpią, widzę jak siedzi przy komputerze... W dzień musiał być mężczyzną. Bo ja pracowałam. W nocy też... Bo ja pracuję...

Zostawiam młodszego z nich na piłce, a najmłodszego zabieram do kościoła. Prawie biegiem wpadamy na próbę. Jestem głodna i myślę, o tym co gotuje najstarszy. Wiatr przez główną nawę zawiewa zapachy obiadów z kamienic wokół kościoła. Jestem coraz bardziej głodna. Dzieci śpiją. Marzę żeby przysiąść na chwilę i przyłożyć gdzieś głowę. Zasnąć. Zapomnieć o trzech etatach. W zawodzie i w domu. Słyszę śpiew dzieci i mam wrażenie, że świat wokół mnie staje się płynny i cichy. Kołyszę się gdzieś na statku pomiędzy Grecją a Kretą. Mewy skrzeczą nad głową i wiem, że ląd jest niedaleko... Czasami wieczorami, gdy jestem w domu, gdy wszyscy

śpią, oglądam Travel Channel. Kiedyś podróżowałam „palcem po mapie”, teraz patrzę w telewizor. Gdzieś jest inny świat. Wolnej przestrzeni i nowych zdarzeń...

Kreta zapada się, a Grecja wybucha i jestem w kościele... Wstaję. Próba się skończyła. Trzeba odwiedzić najmłodszego do domu i zrobić jakieś zakupy. Chociaż minimalne. Jedziemy w tę pędy. Zdążamy na spagetti, które zrobił najstarszy. Nie jem. Jadę po zakupy. Zostawiam Budrysów we trójkę. Poradzą sobie... Muszą.

Gdy wpadam za godzinę, by się przebrać, chłopcy oglądają telewizję. Pomagam przez chwilę najmłodszemu przy lekcjach. Starszy gra na komputerze. Najstarszy zniknął w pokoju. Nie widzę go przed wyjściem. Krzyczę tylko, żeby położył najmłodszego spać i naszykował rano kanapki dla wszystkich, bo jak wrócę, to pójdę do krwiodawstwa. Starszy włącza pralkę. Trzeba wyprać rzeczy i je potem rozwiesić. Wiem, że to zrobi... i to bardzo dobrze. Najmłodszy posłucha starszych braci i pójdzie spać. Pewno będą krzyczeć i przekomarzać się. Ktoś od kogoś oberwie, a potem się przeproszą... Nie zobaczę tego... W tym czasie będę czuwać przy kimś innym, w Zakładzie Opieki...

III

Pielęgniarstwo nauczyło mnie porządku. Trzeba wszystko ułożyć na miejsce, zadbać by całość była pod ręką, tak by nie musieć niczego szukać. Staram się, by moje życie było poukładane. Nawet w takim codziennym chaosie odnajduję ścieżkę i staram się z niej nie zbaczać.

Odjeżdżam spod domu i myślę o tym co przyniesie noc. Jestem zmęczona. Kolejny dzień rozproszony pomiędzy dziećmi i życie. Obiecuję sobie, że jutro odpocznę. Przypominam sobie, że jutro też idę na noc, a wcześniej do krwiodawstwa. Odsuwam odpoczynek na później i naciskam gaz.

W zakładzie spokój. Wyjątkowa cisza. Przerwa między jednym pamperssem, a krzykiem z trzeciej sali. Jest późny wieczór. Zastanawiam się, co

słysząc w domu. Wyobrażam sobie jak wszystko żyje i jak chłopcy hałasują. Uśmiecham się do siebie i przypominam sobie, że najmłodszy zapomina umyć zęby. Myślę jednak, że najstarszy mu przypomni.

Nie mogę przestać o nich myśleć. Są teraz tak daleko. Życie przeciwko samotności i umieraniu. Nie mówię im nigdy o tym co robię. Jak zachowują się ludzie w zakładzie. Nie mówię, że starość jest złośliwa, upokarzająca i często bezwzględna. Niech grają w piłkę, na komputerze i oglądają telewizję. To ich na razie nie dotyczy.

Wpatruję się w półmrok, wsłuchuję w odgłosy smutku. Nie wiem, czy teraz, czy później, ale wiem, że ktoś umrze. Kim był, czym się zajmował, czy zawsze złorzeczył na innych, tak jak na mnie, gdy źle poprawię prześcieradło? Czy tak jak ja zostawiał gdzieś uspijony dom i szedł by pomóc innym, obcym...

Staram się żyć rodzinnie jak tylko mi się udaje. Gdy mamy okazję wyjeżdżamy razem gdzieś przed siebie, na narty, nad morze, tak by życie nie uciekało nam między szkołą i moją pracą. Cieszymy się każdą chwilą spędzoną razem.

Biegnę, bo ktoś potrzebował pomocy. Wracam i myślę, czy chłopcy na pewno śpią, bo przecież wstają rano i myślę, że chciałabym teraz być przy nich. Ze śpiącymi za ścianą obejrzeć kolejną podróż w Travel Channel.

I znów byłam potrzebna. Sen zasnuwa powieki. Przypominam sobie, jak kiedyś, za pracą wyjechałam do Włoch. Jak zostawiłam ich, bo musiałam. Bo nie wystarczało „od pierwszego do pierwszego”. Wracałam zawsze z radością i wiarą, że nie będę musiała wyjeżdżać. Chłopcy zawsze czekali. Rośli tutaj, poza mną. Bez mojej pomocy. Teraz jestem bliżej, ale często dorastają obok mnie... Nawet ten najmłodszy... Teraz umarła Pani spod ściany. Żadnemu z chłopców o tym nie powiem. Przyjadę rano i obudzę ich. Nakrzyczą, że nie pozwalałam spać... wtedy zaparzę kawę i napuszczę wodę do wanny... ■

Praca po godzinach – trzy etaty przez ostatnie dziesięć lat. Oprócz tego matka i gospodyni domowa. Również na cały etat. Nie wiem tylko, jak to wprowadzić w mój życiowy portal. O tym, że chcę być pielęgniarką wiedziałam od zawsze. Wtedy, gdy rozpoczynałam ją na oddziale noworodków, gdzie cud narodzin, zwany fizjologią, potrafił chwytać za serce i wzruszać. Do teraz, kiedy cudem nazywam, każdy kolejny dzień przeżyty przez moich podopiecznych. Równie bezbronnych – chociaż już wiekowych. Do tego, że nie pracuję w szpitalu, przyczyniła się moja sytuacja rodzinna. Prace na zmiany i w godzinach nocnych nie dało się pogodzić z opieką nad moim dzieckiem. Bramy szpitala zamknęły się za mną po pięciu latach pracy w nim. Moje dziecko nie miało jeszcze dwóch lat, kiedy otrzymałam propozycję pracy jako pielęgniarka środowiskowa.

„Teren” jest dla mnie zupełną nowością. Chcę go polubić, ale jednocześnie boję się go. Nowe wyzwanie – samodzielność – kiedy nie ma koło ciebie koleżanki, a za ścianą lekarza, zwiększa poczucie odpowiedzialności i poziom adrenaliny we krwi. Gdyby dało się go zmierzyć glukometrem, jak cukier, brakłoby skali. Na szczęście mam dar, którym obdarzyła mnie natura, o którym dowiedziałam się wtedy, a który owocuje do dziś. Jednym zdaniem: „gdzie stanę – tam zrobię”, a mówiąc prościej i ładniej, odnajduję się w każdym miejscu tak dobrze, jakbym tam pracowała od zawsze. Pewności na stanowisku dodaje przebyty kurs środowiskowy, po latach uzupełniony o rodzinny. Sytuacja zawodowa w normie, życie rodzinne podupada.

Zbyt długo wierzyłam, że uda mi się uratować małżeństwo. Wychować moje dziecko w pełnej rodzinie. Miłość mojego męża do kieliszka

Przerwa

po go



Moje najkrótsze CV

Na dzień dzisiejszy brzmi:

Pielęgniarka trzydzieści lat w zawodzie,

Z powołania – nie dla trendów w modzie.

Lubi tańczyć do rana, czasem wiersze kleci,

Ma szacunek dla starszych, lubi małe dzieci.

I może to pisanie coś więcej by dało,

Lecz wieszczów jest na pęczki, pielęgniarek – mało.



znacznie przewyższała jego miłość do mnie i do naszego syna. Upokarzanie, brak autorytetu, awantury i przemoc. Wieloletni stres wprowadził do mojego organizmu spustoszenie. Wizytę nieproszonego gościa. On mnie lubi, ja jego – niekoniecznie. On mnie lubi do tego stopnia, że przyczepia się do mojej lewej piersi. Jestem pewna, że jeszcze dzień wcześniej go nie było, ale dziś już jest. Nie boli, nie przesuwają się, nie dokuczają. Jest mały, ma zaledwie siedem centymetrów. Przygotowany na zjadliwość. Szybka decyzja, diagnoza i zabieg. Wraz z nim znika moja prawa pierś i węzły chłonne, na szczęście czyste. Jeszcze tylko pół roku chemioterapii i można

dalej żyć. Mam trzydzieści siedem lat i trzynastoletnie dziecko.

Wraz z odejściem mojego raka, od mojego męża odchodzi jednocześnie służąca, niezbyt udana kochanka, zwana potem w pozwie rozwodowym „żoną”.

To, że inni dziedziczą po przodkach nieruchomości, zapisane w testamentach dobra materialne, to słuszne. Ale jakże mało oryginalne. Ja dziedziczę raka, żylaki, nadwagę, ale jednocześnie siłę, która coraz częściej powtarza „Dasz sobie radę!”

Całe moje oszczędności pokryły urządzenie mojego nowego życia. Bardzo mylił się ten, kto powiedział, że pieniądze szczęścia nie dają. Smutny

godzinach

to kraj, w którym pewne grupy zawodowe mogą liczyć na podwyżki z powodu ogólnokrajowych strajków. Opłaty za czynsz i światło pochłaniają prawie całą moją pensję. Po tym wszystkim w portfelu pozostaje mi tylko osiemdziesiąt złotych do końca miesiąca. Trochę to jednak mało. Obliczam kolejny tydzień: trzy chleby, trzy kilo ziemniaków, migawka, pasta do zębów. Nie dam rady, chyba nie umiem się rządzić. Ojciec mojego dziecka najwyraźniej o nas nie myśli, może w ogóle już zapomniał. Zaczynam okres „cynków”.

„Cynk” to dla mnie wiadomość o dodatkowej pracy. Po godzinach sprzątam cudze domy, u ludzi, którzy nie mogą lub nie chcą tego robić sami. To tylko kilkadziesiąt złotych tygodniowo, ale radość i ratunek, przeogromne. Ukradkiem masuję pozbawioną węzłów chłonnych rękę. Po pięciu godzinach takiej dodatkowej pracy jeszcze nie puchnie, ale już boli. Tylko środy rezerwuję dla siebie. Właśnie w środowych nowennach proszę o zdrowie i pracę. Wiara zsyła mi kolejny cud, iskierkę nadziei. Otwiera się nowa przychodnia, będą potrzebować pielęgniarek.

W budynku trwa jeszcze remont, ale już telefonuję pod numer podany na drzwiach. Za kilka dni mam już tę pracę, na razie trzy razy w tygodniu, popołudnia, za niewielkie pieniądze, ale pracowałabym i za połowę tego.

Z czasem proponują mi pracę na cały etat, ale nie chcę zrezygnować ze zwykłej przychodni, to jedyna forma bezpieczeństwa, jaką znam, wolę w dalszym ciągu dorabiać. Jestem zmęczona, pięć lat bez urlopu daje o sobie znaki. W czasie, kiedy inni go mają, ja mogę sobie pozwolić na zarabianie w innych miejscach na pełen etat. Od kolejnej jesieni rusza nowy rodzaj opieki nad pacjentem w domu. Opieka długoterminowa. Nie jestem pewna, czy podołam, ale chcę spróbować. Myję i pielęgnuję, leczę odleżyny wielkie jak młyńskie koła, pouczam, wprowadzam w życie najnowsze standardy medyczne, dodaję otuchy. Czuję się potrzebna i spełniona zawodowo. Surrealistycznie obliczam, że mojemu zmęczonemu organizmowi wystarczy jedynie pięć godzin snu. To wystarczy, wspaniała porcja regeneracji. Pozwoli mi ona zarówno pięknie wyglądać, jak i owocnie funkcjonować następnego dnia.

Niestety, praca zapewniająca mi możliwość godniejszego życia, odbiera inne jego uroki. Omija mnie możliwość przeczytania ciekawej książki, obejrzenia filmu w telewizji, spotkania ze znajomymi. Boże, a ja tak kocham tańczyć.

Nadchodzi mój pierwszy „prawdziwy” urlop, pierwszy wyjazd od pięciu lat. Marzę tylko o dwóch rzeczach: spać i tańczyć. Dzięki dodatkowej pracy, po dziesięciu latach, mogę sobie jednak pozwolić na mały remont w domu, nic wielkiego, ale tak się z tego cieszę. A jeszcze bardziej z samochodu. Mały, niemal równolatek mojego dziecka, bardziej nie jeździ niż jeździ, ale nie muszę już jeść bułek w tramwaju pomiędzy jedną a drugą pracą. Jest to również duża ulga dal moich obolałych nóg. Dzięki wszystkim tym zajęciom, mogłam wykształcić mojego syna. Cieszę się, że między moją, a jego pensją nie ma

prawie różnicy, choć moja jest wynikiem kursów i trzydziestoletniego stażu pracy.

Chociaż odpowiada mi życie singielki, znalazłam w swoim zabieganym świecie czas na uczucie. Przyszło nagle, najpierw spotkały się ręce, potem usta, potem wyszła na jaw cała naga prawda. Samotna kobieta, pielęgniarka, z jednym dzieckiem, to zagrożenie ekonomiczne dla rodziny ukochanego. Strach się bać! Nie pomogły zapewnienia, że przenigdy nie skrzywdziłabym zarówno własnego, jak i cudzych dzieci. Chciałam tylko pomóc (to takie spaczenie zawodowe) samotnemu człowiekowi, takiemu jak ja, przetrwać zimę. Liczyłam, że moje rozgrzane serce, choć trochę podniesie temperaturę w moim zimnym mieszkaniu.

W państwie, gdzie około dziesięćdziesięciu procent ludności deklaruje się jako katolicy, grzechami głównymi są zazdrość i zawiść. Można się z tym pogodzić, jeżeli dotyczy to ludzi mało zaradnych, ciężko jednak, gdy zawistnikiem jest osoba w dużo lepszej sytuacji. Nie jest tajemnicą, że dorabiają wszystkie pielęgniarki. Pragnę podziękować wszystkim moim koleżankom, bez których nie mogłabym sobie pozwolić na pracę po godzinach, dniach, tygodniach i latach. Pomagały, zastępowały, zamieniały zmiany, były otwarte na wszelkie moje potrzeby. Myślę, że ja również nigdy ich nie zawiodłam. Są dla mnie jak rodzina.

Dziękuję też mojemu synowi i bratu, który za życia zwracał się do mnie tak, jak chciałabym się podpisać pod tym artykułem. ■

Anula

Dane osobowe Autorki
zastrzeżone do wiadomości Redakcji

Skóra noworodka niedojrzałego

– jej funkcje i trudności w pielęgnacji cz. 2

mgr BARBARA GRĄCKA

Pierwsza część artykułu przedstawiała charakterystykę skóry noworodka przedwcześnie urodzonego, jej funkcje oraz niekorzystny wpływ licznych czynników na jej stan. Wskazywała również na wartość zastosowania w pielęgnacji skóry wcześniaka zasadę minimal handling oraz wynikające z tego tytułu korzyści.

Myślę, iż znajomość pierwszej części artykułu oraz prezentowanych treści w drugiej części może wpływać na ograniczanie jatrogennych uszkodzeń skóry maleńkiego pacjenta i zachęcać personel pielęgniarski do tworzenia procedur dotyczących pielęgnacji skóry wcześniaka, która niewątpliwie jest trudna i często decyduje o przeżyciu tych dzieci.

Skóra noworodka urodzonego przedwcześnie charakteryzuje się niedojrzałością oraz odmiennością budowy. Jest cienka, czerwona, z prześwitującymi naczyniami, miernie rozwiniętą tkanką tłuszczową, pozbawiona mazi płodowej, chroniącej ją przed działaniem niekorzystnych czynników środowiskowych, toteż wymaga szczególnej, ale bardzo delikatnej i oszczędnej pielęgnacji.

Kąpiel dla wcześniaka jest dużym stresem i nie powinna być zabiegiem obligatoryjnym oraz nie może powodować pogorszenia stanu dziecka. Niestabilny stan ogólny noworodka jest przeciwwskazaniem do kąpieli w OITN.

U dzieci przedwcześnie urodzonych z bardzo niedojrzałą skórą, tj. poniżej 28 tygodnia życia płodowego i u noworodków o masie ciała poniżej 1500 g należy unikać zarówno kąpieli jak i mydeł przez co najmniej pierwszy tydzień życia. Codziennie zaś powinny być myte: twarz, ręce, krocze oraz pośladki.

Z chwilą zdecydowania o wprowadzeniu kąpieli u tych wcześniaków, przez okres pierwszych dwóch tygodni życia, przeprowadza się ją we wnętrzu inkubatora, używając do tego celu indywidualnych jałowych misek z odpowiednio ciepłą jałową wodą. Skórę noworodka należy bardzo delikatnie i ostrożnie przemyć jałowymi wacikami lub jałową flanelową myjką. Do przemywania oczu również należy wykorzystywać wodę jałową, myjąc każde oko odrębnym gazikiem/wacikiem, rozpoczynając od zewnątrz w kierunku kącika wewnętrznego. Po kąpieli skórę wcześniaka należy osuszyć przez dotyk i nałożyć na nią cienką warstwę ogrzanego preparatu natłuszczającego (zgodnie z przyjętym zwyczajem w oddziale) celem ochrony przed wysychaniem i otarciami.

Stosowanie środków natłuszczających do pielęgnacji skóry noworodka niedojrzałego jest sprawą kontrowersyjną. Używanie kosmetyków nawilżających zalecane jest do skóry bardzo suchej, skłonnej do pęknięć i tworzenia szczelin. Preparaty natłuszczające

mają za zadanie poprawę nawodnienia warstw naskórka oraz wpłynięcie na zachowanie względów estetycznych. Najlepiej stosować oleje mineralne lub maści z dodatkiem witamin A, E, D. Z uwagi na możliwość absorpcji przez skórę naturalnych kwasów tłuszczowych, wzrasta popularność użycia olejów roślinnych (słonecznikowego i oleju z oliwek) do pielęgnacji skóry noworodka niedojrzałego. Niektóre kosmetyki natłuszczające mogą zawierać substancje zapachowe i barwniki, które wywołują zaburzenia w pH skóry, odczyny uczuleniowe oraz zmianę jej mikroflory. Dlatego do pielęgnacji wcześniaka należy wybierać środki opatrzone atestem Instytutu Matki i Dziecka oraz Państwowego Zakładu Higieny.

Nie zaleca się natomiast stosowania pudrów na skórę noworodka przedwcześnie urodzonego.

Używanie specjalnych mydeł o neutralnym lub alkalicznym pH oraz nawilżonych chusteczek pielęgnacyjnych jest dopuszczalne u wcześniaków po skończeniu drugiego tygodnia życia z ograniczeniem do niezbędnego minimum np. mycia pośladków. Kąpiel z użyciem mydła zasadowego nie jest zalecana częściej niż 3 razy w tygodniu z uwagi na możliwość pojawienia się powikłań w postaci podrażnienia i wysuszenia bardzo delikatnej skóry wcześniaka oraz ułatwienia wniknięcia przez nią bakterii.

Pierwszą kąpiel poza inkubatorem można przeprowadzić u noworodka wydolnego oddechowo i krążeniowo z masą ciała powyżej 2000 g. Kąpiel powinna być przeprowadzona delikatnie, sprawnie, pod promiennikiem ciepła, a dziecko po jej zakończeniu położone do inkubatora.

Bardzo starannej pielęgnacji wymaga również kikut pępowinowy będący potencjalnym źródłem zakażenia do momentu całkowitego wygojenia pierścienia pępkowego. Należy pamiętać o tym, aby kikut pępowinowy nie był zasłaniany pieluszką czy opatrunkiem, szczególnie wtedy gdy naczynia pępowinowe wykorzystywane są do cewnikowania i wymagają ciągłej obserwacji ze względu na możliwość wykrycia krwawienia lub przemieszczenia się cewnika. Kikut pępowinowy, którego naczyni nie wykorzystano do nakłucia centralnego, powinien pozostać również odkryty, ponieważ dostęp powietrza oraz kilkakrotne w ciągu doby przecieranie 70-proc. spirytusem powoduje szybszą demarkację i oddzielenie wyschniętej pępowiny. Z uwagi na bardzo delikatną skórę wcześniaka i możliwość poparzenia, alkohol etylowy do toalety pępka należy stosować z wielką ostrożnością.

Skóra pośladków wcześniaka jest wrażliwa na podrażnienia i zaczerwienienia, dlatego wymaga bezwzględnej toalety. Pielęgnacja pośladków noworodka niedojrzałego polega na częstej zmianie pieluszek co 3-4 godziny oraz po każdorazowym oddaniu moczu lub stolca. Przy każdej zmianie pieluszki, krocze i pośladki należy przemyć jałową wodą, usuwając dokładnie poprzedni środek pielęgnacyjny, osuszyć i zabezpieczyć odpowiednim kremem lub oliwką. Podrażnioną skórę pośladków należy jak najczęściej wietrzyć oraz pielęgnować maścią ochronną zawierającą tlenek cynku. Trzeba również zadbać o to, aby pościel noworodka była wygładzona, a ubranko i pieluszka nie uciskały dziecka.

Z uwagi na niedojrzałość skóry i słabo rozwiniętą tkankę tłuszczową niezmiernie ważne jest stworzenie

odpowiedniego, bezpiecznego środowiska zewnętrznego, czyli dbałość o zapewnienie optymalnej temperatury i wilgotności otoczenia. Źródłem przekazywania ciepła jest inkubator lub promiennik sterowany temperaturą skóry dziecka. Dla najmłodszych wcześniaków, u których obserwuje się zwiększoną utratę ciepła i wody przez ich miernie rozwiniętą i funkcjonującą skórę, najlepsze będą inkubatory z podwójnymi ściankami. Czasem jednak ciężki stan noworodka wymusza konieczność umieszczenia go w inkubatorze otwartym do czasu wykonania wszystkich niezbędnych procedur medycznych, ratujących często życie tych dzieci. Wówczas nie mamy możliwości zapewnienia właściwej wilgotności, dlatego aby przeciwdziałać nadmiernemu parowaniu i wychładzaniu, można stworzyć w promienniku tunel z przezroczystej folii. Noworodkowi należy zapewnić przebywanie w takim przedziale temperatury, w którym produkcja ciepła, zużycie tlenu i zapotrzebowanie żywieniowe niezbędne dla wzrostu są minimalne. Wszelkie przedmioty mające kontakt ze skórą dziecka w tym kosmetyki i środki do dezynfekcji, powinny być wcześniej ogrzane, również ręce personelu medycznego, który dotyka noworodka, muszą być ciepłe.

Stosowanie środków opatrunkowych i dezynfekcyjnych w OITN powinno być bardzo starannie wyważone, przemyślane oraz ograniczone do możliwie najmniejszej powierzchni. Polecane są plastry mikroporowe, półprzepuszczalne dla powietrza, hipoalergiczne. U noworodków z masą ciała poniżej 1500 g należy zawsze umieszczać pomiędzy skórą a plasterem mocującym barierę ochronną i zwracać uwagę, aby umocowany plaster nie ograniczał przepływu krwi. Każde użycie plastra musi być odnotowane i zawierać datę naklejenia. Do pokrywania skóry uszkodzonej nie zainfekowanej oraz do zabezpieczania obwodowych i centralnych kaniul naczyniowych mogą służyć opatrunki przezierne, które są prze-

puszczalne dla powietrza i zmniejszają utratę wody przez skórę. Usuwając wszelkiego rodzaju oklejenia należy używać gazy nasączonej ciepłą wodą z niewielką ilością płynnego mydła, a w przypadku znacznych trudności zastosować alkohol lub inny środek przeznaczony do tego celu.

Do dezynfekcji przed zabiegami połączonymi z naruszeniem ciągłości skóry zaleca się używanie wyłącznie ogrzanych preparatów roztworów dezynfekcyjnych. Miejsce poddane dezynfekcji powinno schnąć około 60 sekund przed nakłuciem. Po każdorazowym użyciu środka chemicznego należy bezwzględnie natychmiast przemyć skórę wcześniaka jałową wodą a noworodka donoszonego wodą z mydłem oraz monitorować jej wygląd pod kątem ewentualnych objawów ubocznych na zastosowany roztwór dezynfekcyjny.

Bardzo ważne jest zapobieganie powikłaniom powstającym w wyniku stosowania elektrod i czujników do monitoringu małego pacjenta, dlatego aby nie dopuścić do oparzeń kontaktowych i martwicy z ucisku, należy prowadzić bardzo intensywną obserwację paluszków rąk i stóp danej kończyny używanej do monitorowania oraz zmieniać miejsce zamocowania najrzadziej co 4 godziny.

Szczegółnej uwagi i traktowania wymagają miejsca wkłucia u noworodka niedojrzałego, które powinny być dobrze widoczne. Kaniulacja naczyń musi przebiegać zgodnie z zasadami aseptyki. Konieczna jest możliwość stałej obserwacji miejsca wkłucia celem uniknięcia wynaczynień i zmian niedokrwiennych poprzez stosowanie opatrunków przezroczystych z opisaną datą założenia i charakterem kaniuli (centralna, tętnicza, żylna). Obowiązkiem pielęgniarki/położnej jest dbanie o utrzymanie drożności wszelkich kaniul oraz codzienna inspekcja pod kątem objawów wynaczynienia, tj.: zblednięcia lub zaczerwienienia skóry, obrzęku, bólu miejscowego, zmian elastyczności skóry oraz braku powrotu włóscinkowego po uciśnięciu okolicy

wkłucia. Jeżeli zauważymy, że doszło do wynaczynienia, należy natychmiast odłączyć wlew i powiadomić lekarza, który zdecyduje czy podać przez owy cewnik wlew z soli fizjologicznej i nakłuć obszar wynaczynienia celem wypłukania substancji drażniącej, lub czy podać leki rozszerzające naczynia celem zmniejszenia ogniska niedokrwienia. Następnie należy usunąć venflon, a obszar wynaczynienia zabezpieczyć przed bezpośrednim działaniem ciepła. Miejsce niedokrwione można również posmarować maścią nitroglicerynową, a jeżeli dotyczy ono kończyny, należy dodatkowo ją unieść i unieruchomić..

W przypadku wlewów z leków silnie drażniących tkanki np. katecholamin, preparatów wapnia, płynów hiperosmotycznych należy zachować wielką ostrożność i unikać wlewów do żył czaszki i okolicy dołu łokciowego. Sprawując opiekę nad noworodkiem

przedwcześnie urodzonym należy pamiętać przede wszystkim o kumulowaniu naszych działań, ponieważ noworodki przedwcześnie urodzone źle tolerują wszelkie manipulacje, w tym również zabiegi pielęgnacyjne. Nie wolno zapominać również pielęgniarki/położnej o tym, że skóra wcześniaka jest również organem czucia, posiadającym tysiące mikroskopijnych zakończeń nerwowych odbierających bodźce dotykowe, a dotyk jest jednym ze sposobów komunikowania się z noworodkiem niedojrzałym. Zmysł dotyku jest ściśle związany z dobrą pielęgnacją i kondycją skóry dziecka, a odbierane pozytywne bodźce dotykowe stymulują rozwój ośrodkowego układu nerwowego, wyciszają i uspokajają noworodka, dając mu poczucie bezpieczeństwa.

Reasumując, noworodki urodzone przedwcześnie są narażone na powi-

klania wynikające z niedojrzałości skóry mogące prowadzić do stanów zagrażających bezpośrednio ich życiu.

Ponadto dzieci te „skazane” są na długoterminowy pobyt w OITN, konieczność często agresywnego monitorowania podstawowych czynności życiowych i wykonywania licznych procedur medycznych oraz pielęgnacyjnych, co wiąże się z ryzykiem jatrogennych uszkodzeń tak delikatnej skóry, bólem i stresem, a to bez wątpienia bardzo niekorzystnie wpływa na reakcje behawioralne maleńkiego pacjenta.

Sytuacja ta powinna zmuszać pielęgniarki/położne pracujące w intensywnych oddziałach neonatologicznych do szczególnej staranności, cierpliwości oraz konsekwencji w stosowaniu procedur pielęgnacyjnych oraz metod poprawiających stan skóry wcześniaków. ■



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zaprasza na konferencje:

„Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej a bezpieczeństwo i zagrożenie na stanowisku pracy”

która odbędzie się w dniu 23 września 2011 roku w godz. 9.00 – 16.00 w Hotelu „Borowiecki” w Łodzi przy ul. Kasprzaka 7/9.

Kartę zgłoszenia opracowaną przez OIPiP w Łodzi (dostępna na stronie www.oipp.lodz.pl/komunikaty) należy przesłać do 15 września 2011 roku na adres Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź). Liczba miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.



„Wielki wysiłek, wielka inicjatywa: inwestowanie w zdrowie psychiczne”

Konferencja odbędzie się w dniu 10 października 2011 roku w godz. 9.00 – 15.00 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu (ul. Parzęczewska 35).

Kartę zgłoszenia (dostępna na stronie www.oipp.lodz.pl/komunikaty) proszę przesłać do 30 września na adres OIPiP w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź). Liczba miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.

Program konferencji zostanie podany w terminie późniejszym na stronie internetowej OIPiP w Łodzi (www.oipp.lodz.pl) w dziale komunikaty.

Czy jesteś kowalem swojego zdrowia?

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Od szeregu lat osoby zajmujące się profesjonalnie promocją zdrowia i zachowań prozdrowotnych poszukują teorii, które pozwoliłyby z najwyższym prawdopodobieństwem przewidzieć zachowania redukujące ryzyko wystąpienia różnych chorób. Jedną z bardziej znanych jest teoria uzasadnionego działania (theory of reasoned action – TRA) Ajzena i Fishbeing (1980). Zgodnie z założeniami TRA czynnikami uruchamiającymi ewentualną zmianę zachowań są wypływające z przekonań postawy osobiste jednostki oraz subiektywne normy. Z czasem teoria TRA została wzbogacona o elementy poznawcze i przyjęła postać teorii społeczno-poznawczej, której autor – Bandura, zwraca uwagę na kluczowe zmienne kształtujące zachowania. Są to:

1. Oczekiwanie wyniku.

Są to narzędzia służące osiągnięciu innych wartości (celów), np. ograniczenie palenia (oczekiwany wynik działania) ma służyć poprawie zdrowia (cel). Aby jednak osoba podjęła określone działania, musi mieć w sobie wysoki stopień przekonania, że dysponuje właściwymi kompetencjami, dzięki którym przeprowadzi z sukcesem zamierzone działanie. Dlatego drugą kluczową zmienną w teorii społeczno-poznawczej jest oczekiwanie własnej skuteczności.

2. Oczekiwanie własnej skuteczności.

Rozumiane jest jako poczucie osobistej kompetencji pozwalającej na podjęcie zamierzonego działania. To właśnie tego rodzaju oczekiwania są traktowane przez psychologów jako najważniejszy element procesów poznawczych zaangażowanych w kształtowanie określonego zamiaru.

Przyjmuje się, że niektóre osoby przejawiają tendencję do oczekiwania, że uzyskany wynik zależy głównie od ich aktywności, podczas gdy inni wiążą je z wpływami innych ludzi, czy nawet losem. Tak więc te pierwsze osoby pozostają pod wpływem kontroli osobistej (w tym przypadku mówimy o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli – wewnętrzny Locus of Control – LOC), zaś drugie zdeterminowane są przez czynniki znajdujące się poza kontrolą osobistą (zewnętrzne umiejscowienie kontroli – ZLOC).

Charakterystyka poczucia kontroli

Za prekursora badań nad pojęciem poczucia kontroli (*locus of control*) uważa się Juliana Rottera, który przyjął podstawowe założenie: człowiek może zaspokoić swoje potrzeby dzięki różnym zachowaniom instrumentalnym, a wzmocnienia (konsekwencje zacho-

wań) uzyskane poprzez te zachowania zwiększają oczekiwanie, że w przyszłości po takim zachowaniu nastąpią będą takie same wzmocnienia. Z tego założenia wynika naturalna konsekwencja: gdy w określonej sytuacji możliwe są alternatywne zachowania, wówczas prawdopodobieństwo wystąpienia określonego zachowania będzie funkcją oczekiwania, że dane zachowanie zapewni pożądane wzmocnienie oraz wartości, jaką osoba przypisuje danemu wzmocnieniu.

Jeśli przyjąć, że w pewnych sytuacjach wzmocnienia są zależne od zachowania człowieka, podczas gdy inne pozostają poza jego kontrolą – sytuacje, w których funkcjonujemy można rozmieścić na kontinuum – od takich, gdzie człowiek sprawuje pełną kontrolę nad wzmocnieniami, a rezultaty działań zależą od jego sprawności w dążeniu do celu, do takich, gdzie rezultaty te są zależne od innych czynników zewnętrznych (tj. losowych). Aby przewidzieć zachowanie osoby w danej sytuacji ważny jest przede wszystkim sposób, w jaki ona ją ocenia, mniej zaś obiektywne cechy sytuacji.

Sposób postrzegania i oceniania związków przyczynowo-skutkowych między zachowaniem a wzmocnieniem można również przedstawić na kontinuum. Jak podaje Rotter

(za Drwal, 1995, s. 199-200) „gdy wzmocnienie spostrzegane jest przez człowieka jako następujące po jego działaniu, ale niecałkowicie zgodne z jego działaniem, wtedy w naszej kulturze zazwyczaj jest spostrzegane jako skutek przypadku, przeznaczenia, szczęścia, jako kontrolowane przez innych ludzi mających władzę czy jako nieprzewidywalne za względu na wielką złożoność sił otaczających człowieka. Gdy wyniki działania interpretowane są w ten sposób, nazywamy to poczuciem kontroli zewnętrznej. Jeżeli człowiek spostrzega, że rezultaty są zgodne z jego własnym zachowaniem czy z jego względnie stałymi właściwościami, okreśmy to jako poczucie kontroli wewnętrznej”.

Takie trwałe i zgeneralizowane oczekiwanie związane z umiejscowieniem kontroli może być traktowane jako cecha osobowości i psychologowie są zgodni, że konstrukt ten można wykorzystać do wyjaśniania i przewidywania zachowania człowieka w różnych okolicznościach. Należy jednak zaznaczyć, że umiejscowienie kontroli w określonej sytuacji może być różne w stosunku do ogólnego, np. kierowca o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli może w pewnych okolicznościach uzależniać efekt jazdy od czynników zewnętrznych, jeśli wie, że wyrusza w drogę niesprawnym autem.

Jak kształtuje się poczucie kontroli?

Na to pytanie odpowiadają Lawrence i Winschell (za: Siek, 1993), którzy w procesie rozwoju umiejscowienia poczucia kontroli wyróżnili następujące etapy:

Eksternalizacja niepowodzeń. Etap ten przypada na okres dzieciństwa, kiedy to dziecko przypisuje odpowiedzialność za niepowodzenia siłom zewnętrznym.

Internalizacja sukcesów. Na tym etapie dziecko ma mniejsze tendencje do eksternalizacji niepowodzeń na rzecz silniejszej internalizacji sukcesów, której istotą jest przypisywanie sobie

samemu pozytywnych następstw zachowania.

Bardzo wysoka internalizacja porażek i niska (wynikająca z wysokiego poziomu samokrytycyzmu) internalizacja sukcesów. Etap ten przypada na czas dorastania. Młody człowiek przypisuje sobie odpowiedzialność za niepowodzenia i jednocześnie poszukuje źródeł swoich sukcesów na zewnątrz.

Okres względnej równowagi między poczuciem kontroli dla sukcesów i porażek oraz ukształtowanie się trwałego poczucia kontroli, specyficznego dla danej osoby (z przewagą zewnętrznego lub wewnętrznego LOC).

Pamiętajmy, że w okresie dzieciństwa głównym źródłem wzmocnień są rodzice i to właśnie reprezentowane przez nich postawy odgrywają decydującą rolę dla kształtowania się wewnętrznego poczucia kontroli u dziecka. Sprzyjają temu postawy odznaczające się tendencją do ochrania dziecka, jego pełną akceptacją i serdecznością. Tego rodzaju zachowania rodziców są źródłem pozytywnych wzmocnień, co zachęca małe dziecko do eksploracji otoczenia, wzmacnia jego samoocenę i wiarę w siebie. Dziecko wychowywane w takiej atmosferze ma zaspokojoną potrzebę bezpieczeństwa, dzięki czemu częściej przeżywa różne sukcesy, a to z kolei kształtuje jego przekonanie o własnej samoskuteczności i wyzwala tendencję do uwewnętrzniania kontroli nad następstwami zachowań (a przeważnie nad sukcesami).

W okresie dorastania głównym źródłem wzmocnień stają się rówieśnicy, jednak przekonania wyniesione z domu rodzinnego nadal mają wpływ na kształtowanie się przekonania o wpływie własnego działania na jego następstwa.

Poczucie kontroli a zdrowie

Czy wierzysz, że istnieje związek przyczynowy między twoim zachowaniem a jego skutkami?

Jeden z 40 eksperymentów, które zdaniem Hocka, zmieniły oblicze psy-

chologii, pokazał, że utrata możliwości sprawowania kontroli może doprowadzić do daleko idących konsekwencji zdrowotnych, i jednocześnie zwiększenie możliwości sprawowania kontroli wpływa pozytywnie na wzrost aktywności i zadowolenia z życia.

Eksperyment, o którym wspominałam, miał miejsce w Domu Pomocy Społecznej Arden House i wykazał wpływ możliwości podejmowania decyzji i typu sprawowania kontroli na zdrowie wykazały eksperymentalnie Langer i Rodin. Kiedy zmusza się ludzi do rezygnacji ze sprawowania kontroli nad własnym życiem i odbiera możliwość podejmowania decyzji (co należy do często spotykanych praktyk w ośrodkach pomocy społecznej, wszak tego typu zabiegi mocno ułatwiają życie personelowi) wpływa to negatywnie na stan zdrowia i samopoczucia mieszkańców placówek. Jednocześnie zagwarantowanie większego poczucia odpowiedzialności w warunkach, kiedy ludzie muszą zrezygnować ze sprawowania kontroli nad własnym życiem, wpływa pozytywnie na stan zdrowia, samopoczucie i funkcjonowanie intelektualne. W przytaczanym eksperymencie kilkakrotnie oceniano funkcjonowanie psychospołeczne nowo przyjętych mieszkańców, jak również proszono ich o dokonanie samooceny. Okazało się, że osoby, które przywitano słowami sugerującymi, że teraz nic już nie muszą robić, gdyż personel wykona za nie każdą pracę, po pewnym czasie pobytu w Arden House deklarowały gorszą kondycję psychofizyczną i tak też zostały ocenione przez personel, który nic nie wiedział o toczącym się eksperymencie. Jednocześnie ci, którym zasugerowano i przypominano, że personel może pomóc, jednak sami są odpowiedzialni za warunki, w jakich będą mieszkać (np. urządzenie pokoju, czy wybór kwiatka będącego prezentem od dyrekcji placówki) zostali ocenieni wyżej w ankiecie określającej poziom funkcjonowania psychospołecznego. Oceny te pokryły się z samoopisem dokonany przez

mieszkańców. Z uwagi na brak miejsca na opis eksperymentu osoby zainteresowane dokładnym jego przebiegiem i kontrolą zmiennych odsyłam do literatury przedmiotu (Hock, 2003). W tym miejscu natomiast pragnę przypomnieć wnioski, które wyciągnęły autorki eksperymentu: „Należy wypracować mechanizmy dokonywania zmiany czynników sytuacyjnych, które zmniejszają rzeczywisty lub spostrzegany wpływ starszych osób na ich życie. (...) zniedołężnienie i pogorszenie funkcjonowania intelektualnego nie są prawie nieuniknionymi skutkami starzenia się. (z badań) Wynika, że niektóre negatywne konsekwencje procesu starzenia się można opóźnić, odwrócić lub być może im zapobiec, przywracając starszym ludziom prawo do podejmowania decyzji i poczucie kompetencji” (Hock, 2003, s. 192-193). Tak więc zwiększenie możliwości dokonywania wyboru jest celem, do którego warto dążyć!

Spostrzegana kontrola ma wpływ na zachowania zdrowotne podejmowane przez osoby oraz decyduje o ich stanie zdrowia. Badania wykazały bowiem związek między przekonaniem dotyczącym umiejscowienia kontroli a takimi zachowaniami, jak: ćwiczenia fizyczne, zapobieganie AIDS, rzucanie palenia, redukcja nadwagi czy zgłaszanie się na badania przesiewowe w kierunku raka sutka.

Charakterystyka osób o wewnętrznym poczuciu kontroli

W wymiarze praktycznym możemy łatwo rozpoznać te osoby po przysłowiach, z których korzystają omawiając rzeczywistość. O WLOC świadczy wiara w powiedzenie typu: „Jak sobie pościelesz, tak się wyśpisz”. Są to osoby ambitne, pełne energii, do których należy rewolucjonizowanie techniki.

W Kwestionariuszu Delta (autorstwa Drwała) przeznaczonym do badania poczucia kontroli o wewnętrznym jego umiejscowieniu świadczą stwierdzenia, typu:

- niepowodzenia, które nas spotykają, to wina naszych błędów,
- sukces w życiu zależy od ciężkiej pracy, a nie od szczęścia,
- sam jestem odpowiedzialny za to, co mnie spotyka.

Z tych stwierdzeń wynika, że osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w aktywność prozdrowotną i mają większe poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie, na co faktycznie wskazują wyniki różnych badań prowadzonych w Polsce i poza jej granicami.

Charakterystyka osób o zewnętrznym poczuciu kontroli

Osoby zewnętrznostrowne poznamy po przysłowiach typu: „Czego Jaś się nie nauczy, tego Jan nie będzie umiał”, „Jaka matka, taka natka” czy „Niedaleko pada jabłko od jabłoni”. Riesman (Siek, 1993) twierdzi, że takie osoby nie lubią ryzyka i unikają sytuacji, które stawiają przed nimi poważne wyzwania. Jednocześnie szukają oparcia w innych osobach, gdyż one zapewniają ochronę. Osoba zewnętrznostrowna nie może sama jej sobie zapewnić, z uwagi na brak pewności siebie.

W Kwestionariuszu Delta przeznaczonym o zewnętrznym jego umiejscowieniu świadczą stwierdzenia, typu:

- niepowodzenia, które nas spotykają, to wina braku szczęścia,
- bardzo często czuję, że nie ma wpływu na to, co mnie spotyka,
- niektórzy są po prostu urodzonymi szczęściarzami,

Przyglądając się tym hasłom można by założyć, że osoby zewnętrznostrowne mniej chętnie podejmują zachowania prozdrowotne, bo „zdrowie albo się ma, albo się go nie ma”. Na szczęście ta zależność nie jest tak oczywista. Autorzy zajmujący się problematyką LOC a zdrowie dostrzegli pewne różnicowanie w obrębie grupy osób zewnętrznostrownych.

Szczególne zasługi w tym względzie poniósł Levenson (Heszen, Sęk, 2008), który rozwinął koncepcję lokalizacji kontroli. Dotychczas bowiem traktowano *locus of control* jako dwa bieguny jednego wymiaru, wg tego autora zaś interesująca nas zmienna powinna być rozpatrywana jako dwa niezależne od siebie wymiary, a co więcej – osoby zewnętrznostrowne mogą umiejscawiać swoją kontrolę w dwóch obszarach:

- w innych ludziach obdarzonych właściwą mocą (w przypadku zdrowia jest nim personel medyczny), bądź
- w przypadku (losie etc.).

Samo pojęcie lokalizacji kontroli ma, wg Levensona, różne zakresy, a jednym z nich są sprawy związane ze zdrowiem. Tak więc osoby, które wiążą sprawy związane ze swoim zdrowiem z „innymi mocnymi” mogą być bardzo zdyscyplinowanymi pacjentami i prawdopodobnie będą rzetelnie przestrzegać różnych zleceń, gdyż wierzą, że „ci inni” dysponują wiedzą i kompetencjami, dzięki którym możliwe jest dbanie o sprawy zdrowotne. Jednocześnie osoby umiejscawiające poczucie kontroli dotyczące obszaru zdrowia w przypadku (losie) są tymi pacjentami, którzy nie wierzą w skuteczność badań przesiewowych, ani możliwość jakiegokolwiek wpływu na swoje zdrowie. Tak więc robią dla siebie mniej, niż powinny. ■

Literatura:

1. Siek St., Wybrane metody badania osobowości, Wyd. ATK, Warszawa 1993.
2. Drwał R.Ł., Adaptacja kwestionariuszy osobowości, PWN, Warszawa 1995.
3. Hock R.R., 40 prac badawczych, które zmieniły oblicze psychologii. Fascynująca podróż w krainę nauki, GWP, Gdańsk 2003.
4. Heszen I., Sęk H., Psychologia zdrowia, PWN, Warszawa 2008.

Monika Kowalska-Wojtysiak
psycholog
Zakład Pedagogiki
w Pielęgniarstwie UM, Łódź

Hałas, uszkodzenie słuchu a jakość życia

mgr IWONA TOKARSKA

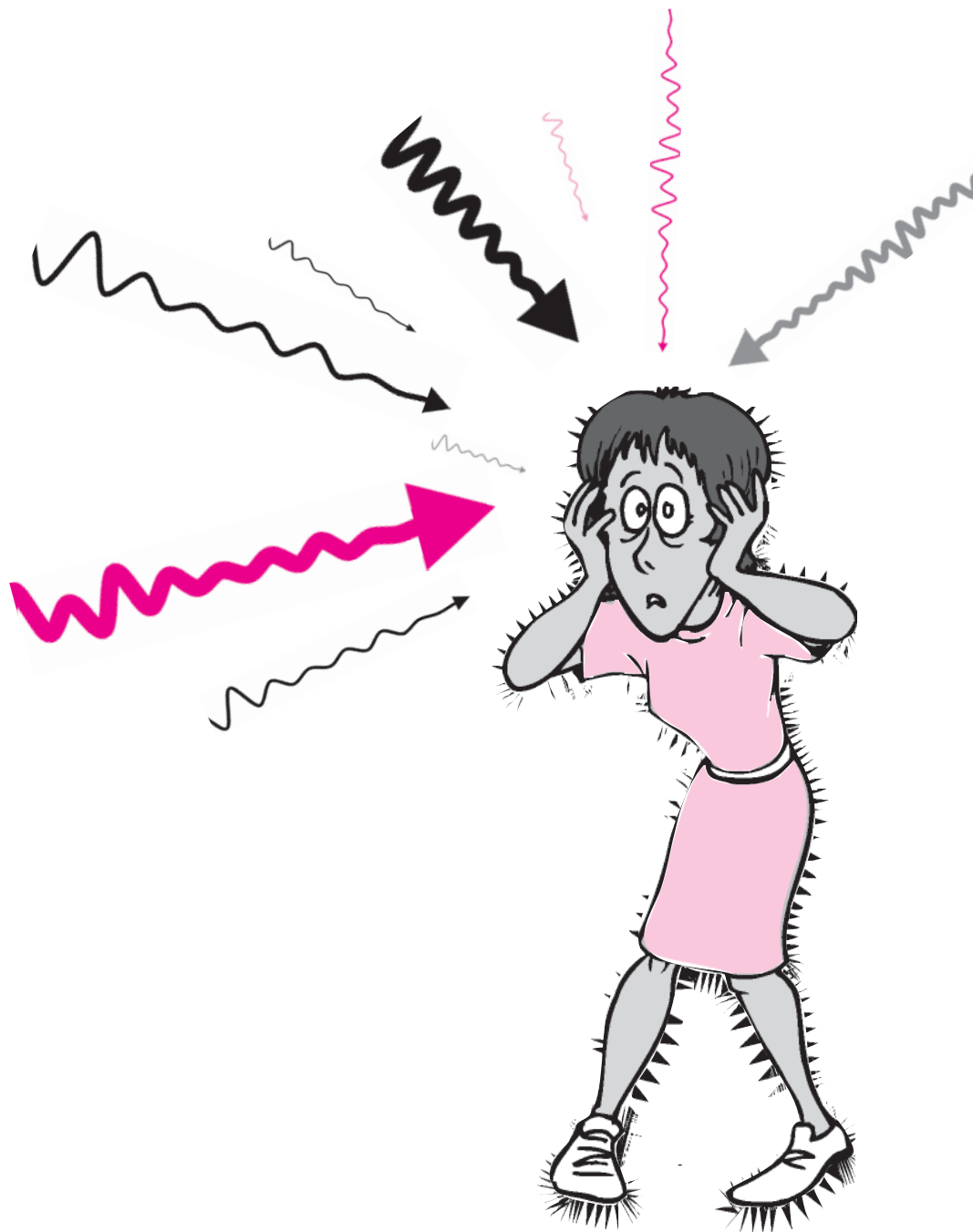
Dźwięki otaczają nas ze wszystkich stron, a gdy stają się wystarczająco głośne, trwają wystarczająco długo lub drażnią w inny sposób, stają się hałasem. Treścią tej pracy jest próba odpowiedzi na pytanie, dlaczego świat stał się tak głośny i w jaki sposób wpływa to na jakość naszego życia.

Jakość życia pojawia się jako centralne pojęcie w wielu dyscyplinach naukowych wchodzących w skład nauk społecznych, ekonomicznych i medycznych. Jego atrakcyjność częściowo wynika z faktu, że oferuje alternatywę względem tradycyjnych poglądów dotyczących sposobów pomiaru sukcesu. Po pierwsze, pojęcie to kieruje uwagę na pozytywne aspekty ludzkiego życia, a po drugie, rozciąga tradycyjne, obiektywne miary jakimi są zdrowie, bogactwo i działalność społeczna na subiektywne postrzeganie dobrostanu.

Efekty życia w hałaśliwym świecie

W dzisiejszych czasach nie jest trudno natknąć się na poziom dźwięku, który może szkodzić człowiekowi. W ciągu dnia ludzie przebywający w typowym środowisku miejskim mają do czynienia z szerokim zakresem dźwięków w różnych miejscach, takich jak centra handlowe, szkoły, miejsca pracy, centra rekreacyjne i domy. Dźwięk rozchodzi się od źródła do odbiorcy przebywając pewien dystans. O tym jak głośno dociera, zależne jest od charakteru czoła fali, pochłaniania przez grunt i powietrze, oraz od zagospodarowania terenu. W rzeczywistości nie jest dziś możliwe uniknięcie dźwięków. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) stwierdziła w roku 1999, że: uszkodzenie słuchu wywołane hałasem jest dominującym i nieodwracalnym zagrożeniem zawodowym i ocenia się, że około 120 milionów ludzi na świecie cierpi na niepełnosprawność słuchową.

Problem rosnącego „zanieczyszczenia hałasem” jest efektem wielu



przyczyn. Istotną rolę pełni zarówno gwałtowny wzrost liczby ludności jak i utrata terenów wiejskich na rzecz rozrastających się miast. Inne przyczyny to:

- brak, w wielu częściach świata, właściwych regulacji prawnych zapobiegających hałasowi,
- elektroniczny charakter naszych czasów zachęcający do korzystania z wielu hałaśliwych gadżetów,
- rosnąca liczba pojazdów na drogach,
- coraz bardziej aktywne lotniska.

Wiadomo, że natężenie dźwięku mierzy się w decybelach (dB), zaś miarą słyszalności dźwięku przez człowieka są jednostki dBA (decybele ważone akustycznie). Wartość zerowa dBA uważana jest za poziom natężenia dźwięku, który zaczyna być słyszalny przez człowieka. Cichemu szeptowi z odległości 1 metra odpowiada 30 dBA, ruchliwej autostradzie z odległości 15 metrów – około 80 dBA, zaś piła łańcuchowa może osiągać 110 dBA lub więcej. Krótka ekspozycja na dźwięki o natężeniu przekraczającym 120 dBA może wywoływać ból fizyczny.

Chociaż ludzie mogą być poddawani oddziaływaniu hałasu, którego sami nie wytwarzają i na który nie mają wpływu, to z drugiej strony, w celu zapewnienia sobie większego komfortu we własnym domu stosowane są odkurzacze, zmywarki do naczyń, suszarki do włosów, które mogą wytwarzać dźwięki osiągające poziom 90 dBA. Tymczasem, w opinii amerykańskiego Narodowego Instytutu Bezpieczeństwa i Zdrowia Zawodowego (NIOSH), za ryzykowany hałas uważany jest dźwięk, którego średnie natężenie, ważone w czasie 8 godzin, przekracza poziom 85 dBA.

Hałas a zdrowie

Hałas wpływa na wszystkich ludzi w codziennym życiu – w domu, w trakcie wypoczynku, we śnie, w podróży oraz w pracy. Jednakże, ludzkie orga-

nizmy nie dysponują mechanizmem odcinania się od hałasu. Słuchanie jest procesem ciągłym przy wykorzystaniu struktur korowych i podkorowych do filtrowania i interpretowania informacji akustycznych. Analiza sygnałów akustycznych jest podstawą ludzkiego przeżycia i komunikowania się. Udowodniono, że hałas jest przyczyną przedwczesnego starzenia i w 30 przypadkach na 100 skraca życie mieszkańców dużych miast o 8-12 lat. Hałas jest szkodliwy dla zdrowia z wielu względów, na przykład przez:

- uszkodzenie słuchu,
- zakłócenie snu,
- efekty naczyniowo-sercowe,
- efekty psychofizjologiczne oraz
- rozwój płodu ludzkiego.

W dodatku hałas wywołuje szeroko rozpowszechnione efekty psychospołeczne obejmujące:

- rozdrażnienie hałasem,
- zmniejszenie osiągnięć oraz
- nasilenie się zachowań agresywnych.

Krótkotrwały hałas o poziomie dźwięku przekraczającym 135 dBA powoduje ostre szkody mechaniczne w strukturze ucha wewnętrznego. Zgodnie z odpowiednią normą ISO z roku 1990 długotrwała ekspozycja na dźwięk o poziomie większym od 85 dBA wywołuje znaczną utratę słuchu. Odnosi się to nie tylko do sytuacji zawodowej, ale również do aktywności w trakcie wypoczynku (ognie sztuczne, pistolety-zabawki, głośna muzyka w dyskotekach, na koncertach, słuchana za pomocą słuchawek, głośne maszyny i narzędzia). Najbardziej podatne na szkody zdrowotne związane z hałasem są dzieci i młodzież.

Polityka środowiskowa i zdrowotna powinny określić akceptowalne standardy hałasu, które rozpatrują pełne spektrum od subiektywnego dobrostanu do zdrowia somatycznego. Oznacza to, że wartości graniczne mogą się zmieniać w zależności od ostrości efektów.

Przyszłe badania nad hałasem powinny się skupiać na:

- różnicach związanych ze źródłem dźwięku w przypadku charakteryzowania ryzyka, efektach złożonych,
- różnicach między obiektywną (poziom dźwięku) a subiektywną (rozdrażnienie) ekspozycją,
- grupach wrażliwych i podatnych,
- wrażliwych okresach w ciągu dnia,
- stylach radzenia sobie oraz
- innych czynnikach modyfikujących zdrowotne efekty hałasu.

Patiofizjologia

Podstawową drogą docierania fal akustycznych do narządu odbiorczego w warunkach fizjologicznego słyszenia jest przewodnictwo powietrzne, które ma również decydujące znaczenie w przewodzeniu dźwięku uszkodzającego. Istota pobudzenia komórek zmysłowych w ślimaku jest niezależna od drogi powietrznej czy kostnej, jaką przenosi się energia dźwiękowa. Jednakże należy podkreślić, że przewodnictwo kostne, polegające na drganiach kości czaszki wywołujących drgania błony podstawnej w następstwie przemieszczenia płynów ślimaka (przez inercję, kompresję bądź przemieszczenie zuchwy), jest o około 30 dB mniej skuteczne niż powietrzne. Dlatego hałas o natężeniu około 110 dB przekazywany drogą kostną staje się prawie nieszkodliwy, a dopiero wyższe poziomy hałasu mają traumatyzujące właściwości.

Stopień uszkodzenia słuchu zależy głównie od parametrów hałasu, tj. od poziomów natężeń, czasu trwania ekspozycji, widma częstotliwościowego oraz rodzaju hałasu (przerwany, ciągły, impulsywny) oraz od trudnej do zdefiniowania indywidualnej wrażliwości ucha, na którą składają się prawdopodobnie pewne cechy wrodzone ucha środkowego i wewnętrznego, determinujące m.in. skuteczność przewodzenia dźwięków oraz stan ukrwienia i natlenienia ślimaka.

Do trwałych uszkodzeń słuchu dochodzi na drodze metabolicznej w wy-

niku systematycznego gromadzenia się w komórkach słuchowych narządu Cortiego, głównie zewnętrznych, metabolitów cytochemicznych i enzymatycznych. Według teorii zmiany patologiczne w ślimaku powodowane są upośledzeniem krążenia krwi w uchu wewnętrznym pod wpływem hałasu bądź stopniową akumulacją mikro-urazów akustycznych docierających do ślimaka, a prowadzących do zmian zwyrodnieniowych i zniszczenia komórek słuchowych.

Chociaż ustrój człowieka jako całość nie ma barier biologicznych chroniących przed działaniem nadmiernego hałasu, a narząd słuchu zarówno na jawie, jak i we śnie nie może wyłączyć się i nie odbierać tych bodźców, jednak istnieje mechanizm mięśni ucha środkowego, wyzwalający odruch akustyczny, który ogranicza w pewnym stopniu transmisję energii akustycznej do ucha wewnętrznego.

Według obserwacji Gallo i Gloriga szybki postęp ubytków słuchu w ciągu pierwszych piętnastu lat narażenia dotyczy wyższych częstotliwości: 3000, 4000 i 6000 Hz, podczas gdy ubytki w zakresach 500, 1000 i 2000

Hz rozwijają się bardziej powoli, lecz ciągle przez około 40 lat pracy. Prawie nigdy jednak przytępienie słuchu spowodowane hałasem nie osiąga stopnia określanego jako całkowita głuchota.

Ogólnie można przyjąć, że uszkodzenie słuchu jest tym większe, im dłużej trwa narażenie i im wyższe są poziomy hałasu. Nie jest to jednak zależność liniowa; w pierwszych latach narażenia rozwój uszkodzeń jest szybki (3000, 4000 i 6000 Hz), przechodząc w powolny, kumulowany postęp ubytku słuchu w ciągu dalszych lat pracy.

Istota audiometrii polega na oznaczeniu progu słuchu dla przewodnictwa powietrznego i kostnego w odniesieniu do poziomu znormalizowanego za pomocą aparatu audiometrycznego, wytwarzającego sygnały akustyczne o znanej częstotliwości i określonym poziomie natężenia. Ogólną regułą obowiązującą przy badaniu jest przestrzeganie zasady upływu co najmniej 16 godzin od ostatniego narażenia na hałas; okres ten stwarza optymalne warunki do ustąpienia czasowego ubytku słuchu (TTS), gwarantując pomiary tylko

trwałych, nieodwracalnych zmian w narządzie słuchu (PTS).

Jeśli zamierza się oznaczyć TTS, należy porównać audiogramy uzyskane przed rozpoczęciem dziennego narażenia i po jego zakończeniu.

Badanie audiometryczne musi odbywać się w komorze dźwiękoszczelnej, odizolowanej od dźwięków zewnętrznych i pozbawionej własnych źródeł szumów w celu wyeliminowania maskującego wpływu tych zakłóceń na sygnały testujące, który mógłby spowodować fałszywe podwyższenie progów słuchu.

Uszkodzenia słuchu

Występuje kilka rodzajów uszkodzenia słuchu. Najczęściej mamy do czynienia z uszkodzeniem zewnętrznych niż wewnętrznych rzęsek słuchowych. Typowe uszkodzenie tych komórek polega na ułamaniu rzęsek, depolimeryzacji włókien aktywnych, przerwaniu połączeń końcówek nerwów, oderwaniu rzęsek lub wypadnięciu płytek naskórki z rzęsek słuchowych. W dłuższym czasie rzęski słuchowe



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zaprasza na konferencję

„Opieka nad kobietą w wieku menopauzalnym – problem medyczny i społeczny”

która odbędzie się w dniu 7 października 2011 roku o godz. 9.00 w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi przy ul. Rzgowskiej 281/289

Honorowy patronat nad konferencją objęła Wojewoda Łódzki – Jolanta Chełmińska

Formularz zgłoszenia proszę przesłać do 20 września na adres Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, 90 – 406 Łódź). Liczba miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.

Program konferencji oraz karta zgłoszenia dostępna jest na stronie www.oipp.lodz.pl/komunikaty.

mogą ulec całkowitemu uszkodzeniu. Utrata rzęsek zewnętrznych zmniejsza zdolność słyszenia cichych dźwięków, ponieważ zmniejszona jest funkcja aktywnego wzmacniania ruchu błony pokrywającej. Zostaje ograniczony zakres dynamiki układu słuchowego oraz zdolność rozróżniania częstotliwości dźwięku. Rzęski zewnętrzne w części podstawowej są bardziej czułe od znajdujących się w części szczytowej, dlatego najczęściej uszkodzenie słuchu dotyczy dźwięków o wysokich częstotliwościach. W przypadku uszkodzenia rzęsek wewnętrznych ograniczana jest ogólna zdolność do słyszenia.

Utrata słuchu spowodowana hałasem

Narażenie na działanie hałasu jest jedną z głównych przyczyn utraty słuchu. Długotrwałe narażenie na działanie bardzo głośnych dźwięków powoduje uszkodzenie rzęsek słuchowych i utratę słuchu w ślimaku. Fale dźwiękowe o szczególnie dużym ciśnieniu mogą uszkodzić błonę bębenkową oraz natychmiastowo i trwale uszkodzić komórki w ślimaku. Zwykle utrata słuchu spowodowana hałasem dotyczy zewnętrznych komórek słuchowych. Postępująca utrata tych komórek rozpoczyna się w części błony podstawowej odpowiadającej dźwiękom o częstotliwości około 4 kHz. Znacząca utrata słuchu następuje po uszkodzeniu większych obszarów komórek zewnętrznych, a także wewnętrznych. Utrata komórek słuchowych może również prowadzić do degeneracji nerwu słuchowego.

Uszkodzenie słuchu spowodowane hałasem jest podobne do uszkodzenia wynikającego z przyczyn sensoryczno-nerwowych. Charakterystyczną cechą jest jednak przesunięcie progu słyszalności w zakresie 3–6 kHz. W przypadku utraty słuchu wynikającej ze starzenia się, wrażliwość na hałas jest cechą indywidualną.

Profilaktyka

Podstawową rolę w zapobieganiu traumatyzującym skutkom oddziaływania hałasu na narząd słuchu odgrywają przedsięwzięcia techniczne i organizacyjne, mające na celu ograniczenie ekspozycji na hałas, oraz profilaktyka medyczna.

Usunięcie źródeł hałasu bądź obniżenie jego poziomu i zmniejszenie rozprzestrzeniania się w wyniku stosowania elementów dźwiękochłonnych, maszyn cichobieżnych, zmiany narzędzi i procesów technologicznych leży w sferze działalności pionu inżynierjno-technicznego. Są to jednak zadania, których realizacja nie należy do łatwych. W ciągu kilku ostatnich lat na terenie naszego kraju przybyło ekranów akustycznych. Coraz częściej ekran stanowi jednocześnie odgrodzenie nie tylko akustyczne ale także terenu np.: wokół parkingów. By walczyć z problemem hałasu w środowisku naszego zamieszkania należy zgłosić się do lokalnych oddziałów Ligi Walki z Hałasem.

Profilaktyczna działalność służby zdrowia w zakresie ochrony słuchu pracowników obejmuje przeprowadzenie oceny narażenia przez porównywanie wyników pomiarów hałasu z dopuszczalnymi normatywami (vide: „Definicja i normatyw”). Organizację skracania czasu pracy załóg, wprowadzenie przerw w narażeniu i odpocznik w pomieszczeniu odizolowanym od hałaśliwych stanowisk pracy, załecenie przeciwhałasowych ochronników słuchowych oraz wstępne i okresowe badania pracowników.

Reasumując należałoby przytoczyć wypowiedź Roberta Kocha (niemiecki bakteriolog), który powiedział: „Nadejdzie kiedyś czas, gdy ludzkość będzie musiała rozprawić się z hałasem równie stanowczo, jak dziś rozprawia się z dżumą i cholera”. Czas ten już dawno nadszedł a hałas jest nadal jednym z poważniejszych problemów obniżających jakość życia Polaków. ■

Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego

Grażyna Cepuch,
Bożena Krzeczowska,
Mieczysława Perek,
Krystyna Twarduś

Wydawnictwo Lekarskie PZWL
Warszawa 2011

Autorki podręcznika podjęły próbę przedstawiania modeli pielęgnowania dziecka w wybranych schorzeniach przewlekłych, pielęgnowania dzieci niepełnosprawnych oraz dzieci z zaburzeniami funkcjonowania społecznego. Inspiracją do napisania podręcznika stała się potrzeba ukazania pielęgniarstwa jako dyscypliny naukowej z jednoczesną możliwością podnoszenia standardów w działalności praktycznej. Modele pielęgnowania opracowano zgodnie z najnowszymi osiągnięciami w pielęgniarstwie i naukach pokrewnych. Przedstawiono w podręczniku teorię pielęgnowania według Dorothei Orem, stanowiącą wyzwanie dla twórczego i profesjonalnego pielęgniarstwa. Położono również duży nacisk na zagadnienia etyczne w opiece nad dzieckiem oraz wpływ choroby przewlekłej na jego rozwój i funkcjonowanie. W przejrzysty sposób omówiono etiopatogenezę schorzenia stanowiącą ukierunkowanie na opiekę pielęgniarstwa. Opracowane przez autorki modele są pomocne w zrozumieniu istoty procesu pielęgnowania oraz są podstawą do podejmowania indywidualnych, celowych interwencji. Autorki mają nadzieję, że książka będzie pomocna w nowoczesnym kształceniu studentów pielęgniarstwa, a dla pielęgniarzek stanie się inspiracją do refleksji nad zmianami w praktyce pielęgniarstwa.

główny specjalista ds. merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska

Uroki Dolnego Śląska

dr BARBARA DOBROWOLSKA

W dniach 22-23 maja 2011 roku grupa członkiń Koła Emerytek wyruszyła na wycieczkę, aby poznać najstarsze miasta Dolnego Śląska a także przygraniczną miejscowość po stronie niemieckiej Goerlitz oraz sławne z zabytków Drezno. Trasa była daleka wobec tego odjazd autokaru wyznaczono na 6.45. Pogoda początkowo była niepewna i raczej chłodna, ale nie padało, więc na zwiedzania akurat odpowiadała.

Pierwszym ciekawym miejscem zwiedzania była ZŁOTORYJA, która uchodzi za najstarsze miasto w Polsce. Prawa miejskie uzyskała w XIV w. Położona jest nad rzeką Kaczawą. Nazwa miasta wywodzi się od złotego kruszcu, który tu wyplukiwano z rzeki. Poza złotem znajdowano tu i znajduje się dotąd cenne kamienie, takie jak topazy i agaty. Miasto kiedyś otoczone było murami, z których resztki dotrwały do naszych czasów. Obecnie liczy ono 16 000 mieszkańców. W mieście znajduje się pomnik Wł. Reymonta.

Kolejnym miejscem zwiedzania był Lwówek Śląski. Uzyskał on prawa miejskie w 1217 roku. Pod koniec XIV w. liczył 13 000 mieszkańców i był ważnym ośrodkiem handlowym. Rozwijało się tu rzemiosło, zwłaszcza tkactwo i warsztaty farbiarskie. Miasto było bardzo zamożne. Niestety wojna trzydziestoletnia a potem wojna napo-

leńska spowodowały ogromne zniszczenia. Dopiero w XIX wieku Lwówek Śląski zaczął się dźwigać ze zniszczeń, ale dawnej świetności nie odzyskał. Jednym z zachowanych ciekawszych obiektów był ratusz odbudowany w latach 1902-1905. Dobudowano do niego szeroką klatkę schodową, na której wmurowano płaskorzeźby nagrobne przeniesione z dawnego klasztoru franciszkanów. W budynku tym obejrzelśmy wystawę pięknych wyrobów z agatów oraz wystawę malarską. W tym budynku zachowało się niewielkie pomieszczenie, które między XIV a XVII wiekiem było salą tortur. W późniejszym okresie spełniało rolę archiwum, a obecnie zgromadzono tu różne narzędzia tortur, jakie w dawnych wiekach używano.

Poza ratuszem oglądaliśmy najstarszy kościół romański pod wezwaniem Wniebowstąpienia Najświętszej Marii Panny. Na początku swego istnienia kościół zbudowany był z drzewa. W XIII wieku spłonął i zbudowano go na nowo, ale z kamienia. W XVIII wieku zainstalowano tu organy.

Lwówek Śląski w 1945 roku w wyniku układu poczdamskiego ustalającego zachodnie granice naszego kraju został włączony do Polski i zasiedlony przez repatriantów z całego obszaru przedwojennej Polski. Obecnie liczy nieco ponad 18 000 mieszkańców. Miasteczko jest zadbane i pięknie położone

na Pogórzu Kaczawskim i Izerskim nad rzeką Bóbr. W mieście nie ma zakładów przemysłowych. Gmina ma charakter rolniczy i cieszy się nieskazitelną przyrodą.

Trochę zmęczeni, ale zadowoleni wyruszyliśmy do LUBANIA, gdzie czekał na nas zamówiony obiad. Był to także czas krótkiego wypoczynku przed dalszą drogą. Niedaleko od Lubania leży miasteczko BUDZISZYN zamieszkałe przez Słowian Łużyckich. Jest ono o tyle ciekawe, że ze względu na uszanowanie odrębności tej mniejszości narodowej w miasteczku nazwy ulic pisane są w dwóch językach łużyckim i niemieckim.

Następnym miejscem zwiedzań był ZGORZELEC. Otrzymał on prawa miejskie w XI wieku. A wraz z nimi przywileje w postaci prawa do bicia własnej monety oraz rozwoju browarnictwa. Miasto leży nad Nysą Łużycką i właściwie przed 1945 roku stanowiło część miasta GOERLITZ. Dopiero po wojnie zostało wyodrębnione z niego.

Obecnie ze Zgorzelca do Goerlitz prowadzi drewniany most odbudowany w 2004 roku. Granica międzypaństwowa jest możliwa do przekraczania bez żadnych kontroli. Idąc przez miasto dotarliśmy do rynku, gdzie zainstalowana jest waga. Było to miejsce, gdzie pobierano kiedyś cło. Następnie idąc główną ulicą minęliśmy dwa pięknie zdobione rzeźbami domy. Mieści

Podziękowania

się w nich obecnie biblioteka należąca do Towarzystwa Łużyckiego. Liczy ona 120 tysięcy woluminów.

Z zabytków, które tu oglądaliśmy to Miejski Dom Kultury, który otwarto w 1902 roku. Zgromadzono tu miejskie zbiory sztuki, starodruki i militaria. W czasie II wojny światowej zbiory zginęły. W 1950 roku w tym budynku podpisano Układ Zgorzelecki ustalający granice między Polską a Niemcami na Odrze i Nysie Łużyckiej. W 1975 roku zmieniono nazwę budynku na „Miejski Dom Kultury”. Obecnie wykorzystuje się ten budynek na urządzenie wystaw, zajęć językowych, tanecznych i muzycznych.

W mieście znajduje się jeszcze jeden ciekawy budynek, który powstał w 1911 roku: była to synagoga. Mimo działań wojennych budynek nie uległ zburzeniu. Ponieważ obecnie nie ma w mieście gminy żydowskiej jest wykorzystywany na koncerty i inne imprezy. Wracaliśmy do autokaru przez pięknie utrzymany park z kwitnącymi krzewami azalii.

Miejscem zakwaterowania na noc był dla naszej grupy hotel w Zgorzelcu. Przeszliśmy przez miasto, ale ze względu na zmęczenie nie zwiedzaliśmy go. Hotel był wygodny i czysty. Tu następnego dnia zjedliśmy śniadanie o godzinie 7.00 i zaraz po nim wyruszyliśmy w dalszą drogę do DREZNA.

DREZNO to stolica Saksonii zamieszkała przez ponad milion mieszkańców. Położona jest w zakolu rzeki Łaby. W XVII wieku Drezno było stolicą Królestwa Saksonii a od XIX wieku było ośrodkiem życia politycznego i kulturalnego. Pod koniec II wojny światowej (14.02.1945) miasto zostało całkowicie zburzone w nalotach dywanowych. Dzięki funduszom unijnym odbudowano starówkę odtwierając zabudowania według dawnych planów.

Punktem centralnym tej części miasta jest olbrzymi plac teatralny. Z prawej jego strony usytuowany jest budynek opery przewidziany na 1800 widzów o doskonałej akustyce.

Budynki wszystkie są z piaskowca, który jest wydobywany w pobliżu miasta. Stare miasto otoczone jest murami obronnymi. W centralnej części tego muru jest piękna brama bogato zdobiona. Na szczycie bramy znajduje się korona z napisem August Mocny, król Polski i orzeł. Na Placu Teatralnym znajdują się dwa pomniki: jeden króla Jana Saksońskiego (1852-1874) bardzo mądrego i dobrego rządcy krajem oraz monument złotego *jeźdźca* na koniu przedstawiający Augusta Mocnego w antycznej zbroi.

Plac od jednej strony zamyka rozległy budynek Zwingera w którym znajdują się wspaniałe zbiory malarstwa (od XI wieku), zbrojownia, zbiory porcelany od XII wieku poczynając. Można tam podziwiać chińskie wazy najróżniejszych rozmiarów, puchary, bibeloty oraz porcelanę miśnieńską. Jedno pomieszczenie przeznaczone jest do prezentacji naturalnej wielkości rozmaitych zwierząt z białej porcelany.

Jedna część budynku przeznaczona jest na skarbiec, w którym zgromadzono kolekcjonowane przez Augusta Mocnego rozmaite wyroby ze złota, srebra, bursztynu i cennych kamieni.

Po lewej stronie placu znajduje się zamek oraz odbudowany po wielu latach piękny kościół NMP.

Posuwając się w kierunku rzeki trafiamy na szerokie schody zdobione rzeźbami 4 pór roku i prowadzące do zadrzewionego skweru mieszczącego się na dawnych murach miejskich od strony rzeki. Jest to miejsce bardzo urokliwe i zwane jest „balkonem Europy”

Po obejrzeniu tej części miasta przeszliśmy ulicami koło dawnych koszar. Jest to bardzo długi budynek na którego ścianie zewnętrznej znajdują się figury władców saksońskich na koniach wykonane na płytkach ceramicznych zapewniające trwałość obrazu.

Tym spacerem zakończyliśmy nasze zwiedzanie, dotarliśmy zmęczeni upałem i chodzeniem do naszego autokaru. Powrót był szczęśliwy bez żadnych przykrych niespodzianek i około 23.30 przyjechaliśmy do Łodzi. ■

Na ręce pani mgr **Ewy Skiby** – Przełożonej Szpitala im. dr. K. Jonschera – składam serdeczne podziękowania dla Pana Ordynatora, wspaniałych lekarzy – wybitnych specjalistów. Dziękuję Paniom Pielęgniarkom, Paniom Salowym za ich poświęcenie i pomoc. Szczególnie podziękowania kieruję do Pana dr **Piotra Ziemiaka**, do zespołu operującego, do wszystkich lekarzy Oddziału Chirurgii Ogólnej. Serdeczne podziękowanie dla pani kierownik oddziału – mgr **Krystyny Mudzo** – dla pani mgr **Grażyny Kowalskiej** z OIOM, które bardzo mnie wspierały, pomagały, podtrzymywały na duchu. Dziękuję za dobroć, jakiej doświadczyłam.

wdzięczna pacjentka
Bożena Kowalczyk

W imieniu własnym pragnę złożyć na ręce prof. zw. dr hab. n. med. **Krystiana Żołyńskiego** – Ordynatora Kliniki Ortopedii i Traumatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM CSW w Łodzi – słowa podziękowania dla Adiunkta Kliniki Ortopedii dr n. med. **Krzysztofa Nowaka** oraz dr n. med. **Mieczysława Nikła**, którzy otoczyli mnie wzorcową i fachową opieką lekarską. Szczególnie chciałabym podziękować Pani **Bogumile Zawadzkiej** – Pielęgniarkę Oddziałowej – oraz pielęgniarkom Oddziału Ortopedii i Traumatologii za profesjonalną i pełną oddania opiekę nad chorymi. Zaangażowanie personelu tego Oddziału należy stawiać za wzór dla innych.

wdzięczna pacjentka
Agnieszka Kałużna

Z żałobnej karty

Z głębokim smutkiem, żegnamy naszą koleżankę

Agnieszkę Sujecką (Madej)

zmarłą 23 kwietnia 2011. Nigdy o Tobie nie zapomnimy.

koleżanki z klasy A Liceum Medycznego Nr 2 (1977-1982)

Głęboko zasmucone pożegnałyśmy naszą koleżankę pielęgniarkę

Annę Toporowską (l. 53)

zmarłą 1 lipca 2011 roku

Była wspaniałą pielęgniarką, zawód swój wykonywała profesjonalnie, obowiązkowo i sumiennie, z miłością i szacunkiem do małego pacjenta.

Droga Aniu, opuściłaś nas tak nagle i niespodziewanie pozostawiając pustkę w naszych sercach! Zgasłaś cicho i spokojnie, tak jak pracowałaś spokojnie i w ciszy... Służyłaś nam zawsze dobrą radą i pomocą, byłaś uśmiechnięta – optymistycznie patrzyłaś na problemy dnia codziennego.

Dziękujemy Ci Aniu za to wszystko... Tak ciężko jest nam się z Tobą rozstać. Pozostaniesz na zawsze w naszej pamięci.

koleżanki z Ośrodka Pediatricznego im. J. Korczaka w Łodzi

Z głębokim żalem pożegnaliśmy naszą koleżankę emerytowaną pielęgniarkę

Grażynę Kalwasińską

zmarłą 18 czerwca 2011 roku

Zawsze uczynna i otwarta na ludzkie potrzeby. Pozostanie na zawsze w naszej pamięci.

koleżanki i koledzy z MP „Lecznicza”