

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

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

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk
tel. 42 633 22 48

Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Elżbieta Mamińska
dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 14.00–16.00
tel. 42 633 23 94
w pozostałe dni kontakt z Krystyną Sawczenko
– spec. ds. merytoryczno-kancelaryjnych ORZOZ
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

dr n. o zdr. Grażyna Kozak
dyżuruje w I i III czwartek miesiąca
w godz. 15.00–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

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

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

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

Konto bieżące OIPiP

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

Prawo wykonywania zawodu

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

Kształcenie podyplomowe

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

Biblioteka OIPiP

– *przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału
w kształceniu podyplomowym*

wtorek: 11.00–17.30; środa: 10.00–15.00; czwartek: 8.30–15.00
piątek: 10.00–15.30
e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 92 98

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

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

Mecenas

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

Kasa

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

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

DZIAŁ PRAWNY 6

PRAKTYKA ZAWODOWA 8

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 15

PODZIĘKOWANIA 16

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 17

POŻEGNANIA 20

PIERWSZA POMOC I–IV

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34
tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
Redaktor Naczelny: mgr Joanna Gąsiorowska
Zdjęcie na okładce: © Konstanttin / Bank zdjęć Photogenica
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów
oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi
odpowiedzialności za treść ogłoszeń.
ISSN: 1640-7679
Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych
Nakład: 3700 egzemplarzy
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

XXXVII posiedzenie Prezydium ORPiP
(28 stycznia 2015 r.)

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarek.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wydano nowy dokument zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Przyjęto oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki – 3 pielęgniarki.
- ▶ Skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę, zgodnie z Program przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, oraz skrócono 1 pielęgniarkę, z 6 na 4 miesiące, okres przeszkolenia, na podstawie przedłożonego protokołu komisji, przeszkolenia odbywanego na uprzednio obowiązujących zasadach.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 8 praktyk pielęgniarek wykonywanych w przedsiębiorstwie.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarek wykonywanych w przedsiębiorstwie.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 praktyki pielęgniarek.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – wpisu na prowadzenie 1 kursu dokształcającego przez organizatora kształcenia podyplomowego.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniach specjalizacyjnych – 43 osobom, kursie kwalifikacyjnym – 1 osobie, kursach specjalistycznych – 6 osobom. Odmówiono 3 osobom przyznania dofinansowania, ze względów regulaminowych – brak udokumentowania okresu minimum dwóch lat opłacania składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi, wniosek złożony przed rozpoczęciem kongresu.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi 5 zapomóg w wysokości: 1 x 2 500 zł, 2 x 2 000 zł, 2 x 1 500 zł.
- ▶ Odmówiono 2 osobom przyznania zapomogi, ze względów regulaminowych – brak udokumentowania regularnego

opłacania składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi, opisana sytuacja nie dotyczy zdarzenia opisanego w regulaminie (opłat czesnego).

- ▶ Zatwierdzono:
 - zmiany w składach osobowych 2 komisji problemowych OIPiP w Łodzi – wpisano do składu Komisji opieki długoterminowej 3 osoby, a ze składu Komisji warunków pracy i zatrudnienia wykreślono 4 osoby, zgodnie z wnioskami przewodniczących komisji.
 - honorarium dla 1 autora artykułu opublikowanego w Biuletynie OIPiP Nr 1/2015.
 - kadrę dydaktyczną dla 7 kursów i szkoleń organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w zakładach i w OIPiP.
 - koszty: 2 gablot do eksponowania dwóch historycznych sztandarów położnych, wymiany drzwi do sekretariatu biura OIPiP, wykonania zabezpieczeń przewodów kominowych i wentylacyjnych,
 - koszty zakupu głośników do komputera, celem poprawienia jakości prowadzonych zajęć dydaktycznych w sali wykładowej OIPiP w Łodzi.
 - koszty zakupu oprogramowania Pervasive WGE User Deployment lic. dla zabezpieczenia na serwerze systemu dla 3 stanowisk – baz danych do oprogramowania księgowego „Symfonia” w księgowości OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla 1 kursu kwalifikacyjnego odbywającego się w Łodzi.
- ▶ Powołano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowisko kierownicze w podmiotach leczniczych – zastępcę dyrektora w 1 podmiocie leczniczym.

XXXV posiedzenie ORPiP
(10 lutego 2015 r.)

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 3 położne.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wydano nowy dokument zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Przyjęto oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.

▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek wykonywanych w przedsiębiorstwach.

▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 praktyki pielęgniarek.

▶ Skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę, zgodnie z Program przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.

▶ Zatwierdzono wizytacje praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych wpisanych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – 2 praktyk pielęgniarek i 4 praktyk położnych.

▶ Utrzymano decyzję odmowną w mocy w sprawie przyznania zapomogi losowej, ze względu na brak udokumentowania regularnego opłacania składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi.

▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniach specjalizacyjnych – 4 osobom, kursach specjalistycznych – 3 osobom, po uwzględnieniu odwołania, kursach doskonalących – 3 osobom. Odmówiono 1 osobie przyznania dofinansowania ze względów regulaminowych – wniosek wpłynął po nieprzekraczalnym terminie 90 dni od dnia zakończenia szkolenia (daty egzaminu końcowego).

▶ Podjęto uchwały dotyczące wyborów delegatów na OZPiP VII kadencji, w sprawie:

- zarządzenia wyborów delegatów na OZPiP VII kadencji,
- powołania Okręgowej Komisji Wyborczej i regulaminu jej działania,

• regulaminu wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych VII kadencji,

– zgodnie z Uchwałą Nr 9 VI KZPiP z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie Regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwołania ich członków.

▶ Zatwierdzono:

• zmiany w planie szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w 2015 roku – 3 edycje kursów specjalistycznych realizowanych w zakładach.

• wyrażenie zgody na udział 4 pielęgniarek w 2 kursach specjalistycznych i 1 kursie kwalifikacyjnym organizowanym przez OIPiP w Łodzi, pod warunkiem wolnych miejsc w edycji kursu.

• zmiany w składzie osobowym komisji problemowej OIPiP w Łodzi – wpisano 1 pielęgniarkę do składu Komisji kształcenia, promocji i rozwoju zawodu.

• warunki Porozumienia o współpracy OIPiP w Łodzi, OIPiP w Sieradzu i OZZPiP Regionu Łódzkiego w sprawie działania na rzecz poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych województwa łódzkiego.

• kadrę dydaktyczną dla 2 szkoleń specjalizacyjnych, 1 kursu kwalifikacyjnego i 4 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w zakładach oraz w OIPiP.

• koszty realizacji 2 szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie: Pielęgniarstwa operacyjnego i Pielęgniarstwa kardiologicznego, programy dla pielęgniarek, organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w 2015 r.

▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla kursu kwalifikacyjnego odbywającego się w Piotrkowie Tryb oraz kursu specjalistycznego odbywającego się w Łodzi.

oprac. mgr Maria Kowalczyk
Sekretarz ORPiP

Warsztaty psychologiczne

- 14 i 15 kwietnia 2015 r. o godz. 15.00 – „**Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych i asertywności, czyli umiejętność porozumiewanie się oraz wyznaczanie granic w relacjach: pielęgniarka – pacjent i pielęgniarka – lekarz**”
- 12 i 13 maja 2015 r. o godz. 15.00 – „**Radzenie sobie ze stresem oraz profilaktyka zespołu wypalenia**”
- 2 i 3 czerwca 2015 r. o godz. 15.00 – „**Radzenie sobie z emocjonalnym obciążeniem w pracy pielęgniarki – zarządzanie emocjami**”
- 25.03.2015 r. w godz. 15.00–17.00 na szkolenie: „**Alkoholowy zespół płodowy (FAS) – diagnoza i system pomocy**”.

Informacji udziela Dział Kształcenia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (ul. Emilii Plater 34) w godzinach pracy biura pod nr tel. 42 639 92 62. Osoby zainteresowane udziałem w powyższych warsztatach proszone są o składanie kart zgłoszeń (oryginał) do biura OIPiP w Łodzi (ul. Emilii Plater 34). Druki dostępne w biurze i na stronie internetowej Okręgowej Izby (www.oipp.lodz.pl).

2. Wnioski nieczytelne, niekompletnie wypełnione, bez potwierdzonych składek systematycznie opłacanych minimum przez 2 lata przed terminem złożenia wniosku – nie będą rozpatrywane!

Pismo z Ministerstwa Zdrowia skierowane do wojewodów w sprawie uwzględnienia wymogu przy nabywaniu przez podmioty lecznicze składników majątku, spełnienia krajowych ram interoperacyjności, w celu przygotowania w podmiotach leczniczych bazy teleinformatycznej umożliwiającej w ramach Systemu Informacji Medycznej wprowadzenie w przyszłości dokumentacji pielęgniarskiej w postaci elektronicznej, wykorzystując standardy Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNPR®)



Minister Zdrowia

MZ-PP-WPS-075-3/WK/14

Warszawa, 16-10-2014 r.

Panie/Panowie
Wojewodowie
/wg rozdzielnika/

Na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2011 r. Nr 117, poz. 657, z późn. zm.) zwracam się do Państwa Wojewodów z uprzejmą prośbą o skierowanie, na podstawie art. 106 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 j.t., z późn. zm.), do kierowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą w podległym Państwu województwie, prośby o uwzględnianie przy zakupie oprogramowania wymogu spełniania krajowych ram interoperacyjności przez nabywane składniki majątku, w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie wprowadzenia Krajowych Ram Interoperacyjności oraz minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz. U. z 2012. poz. 526), w celu przygotowania w podmiotach leczniczych bazy teleinformatycznej umożliwiającej, w ramach Systemu Informacji Medycznej (SIM) wprowadzenie w przyszłości dokumentacji pielęgniarskiej w postaci elektronicznej, wykorzystującej standardy Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP).

Wdrażane i użytkowane, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, programy informatyczne powinny również spełniać wymogi określone w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów

i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2014 r. poz. 177 j.t., z późn. zm.) wydanego na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742 oraz z 2013 r. poz. 1245).

W przepisach rozporządzenia zostały określone m.in. sposoby prowadzenia dokumentacji, w tym wymogi dotyczące prowadzenia dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zawierającej w szczególności kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej oraz kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, obejmującą informacje dotyczące stanu zdrowia i przebiegu choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, a także opis udzielonych świadczeń zdrowotnych.

W tej sprawie, pismem z dnia 17 września 2014 r. Przewodnicząca Rady do spraw e-Zdrowie w Pielęgniarstwie przy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), powołanej w celu przygotowania minimalnego zbioru danych o pielęgniarstwie (NMDS) dla potrzeb polityki zdrowotnej w Polsce, poinformowała Ministerstwo Zdrowia o podjętych i zrealizowanych, przez ww. Radę oraz współpracujące z nią zespoły, czynnościach zmierzających do zastosowania w dokumentowaniu pracy pielęgniarek i położnych ICNP.

W ramach prac Rada ds. e-Zdrowia wydała m.in. rekomendację, w której przedstawia elementy, określonej przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia karty indywidualnej opieki w postaci: karty wywiadu, karty oceny, listy diagnoz, interwencji i wyników oraz raportu i karty wypisu do opieki środowiskowej. Ponadto, rekomendacja wskazuje, na potrzebę zastosowania słownika ICNP w procesie prawidłowego pielęgnowania.

Należy zauważyć szczególną przydatność wprowadzenia ICNP przy dokumentowaniu opieki pielęgniarskiej w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Uwzględniając powyższe uprzejmie proszę o wsparcie procesu wdrażania dokumentacji pielęgniarskiej i położniczej w systemie elektronicznym wg standardów ICNP.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopliński



Nowe akty prawne

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 12 stycznia 2015 r. Dz.U. Poz. 208
w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów i sposobu klasyfikacji substancji chemicznych i ich mieszanin

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 11 lutego 2015 r. Dz.U. Poz. 231
w sprawie wzoru karty zgonu

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 28 stycznia 2015 r. Dz.U. Poz. 182
zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych

OBWIESZCZENIE Ministra zdrowia

z dnia 12 stycznia 2015 r. Dz.U. Poz. 178
w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 12 stycznia 2015 r. Dz.U. Poz. 171
w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego urodzenia

USTAWA

z dnia 19 grudnia 2014 r. Dz.U. Poz. 28
o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 18 grudnia 2014 r. Dz.U. Poz. 1986
zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 22 grudnia 2014 r. Dz.U. Poz. 1980
w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 24 grudnia 2014 r. Dz.U. Poz. 1979
w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 29 grudnia 2014 r. Dz.U. Poz. 1914
zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 15 grudnia 2014 r. Dz.U. Poz. 1902
w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 15 grudnia 2014 r. Dz.U. Poz. 1849
w sprawie sposobu i procedury przygotowania raportu w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 11 grudnia 2014 r. Dz.U. Poz. 1810
w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 5 grudnia 2014 r. Dz.U. Poz. 1751
w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego



Czy od pielęgniarki zatrudnionej w Zakładzie Radiologii można wymagać pracy w warunkach bezpośredniej ekspozycji na promieniowanie jonizujące?

Zgodnie z przepisami z zakresu prawa pracy zakład pracy zobowiązany jest zorganizować kontrolę dozymetryczną w zakresie dostosowanym do rodzaju pracy narażającej na działanie promieniowania jonizującego. Obowiązany jest także do ewidencjonowania otrzymanych przez pracowników dawek

napromienienia oraz aktywności wchłoniętych przez organizm substancji promieniotwórczych. Stosując promieniowanie jonizujące powinien zapewnić pracownikom środki ochrony osobistej, a także aparaturę dozymetryczną i wyposażenie służące do ochrony środowiska pracy odpowiednio do rodzaju i zakresu wykonywanych prac (§ 2 ust.1 i 3, § 3 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 1968 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy stosowaniu promieniowania jonizującego, Dz.U.1968.20.122).

Jeżeli procedury medyczne tego wymagają, w jednostce ochrony zdrowia w pracowniach rentgenowskich zatrudnia się pielęgniarki posiadające umiejętności w zakresie procedur zabiegowych, a także w zakresie obsługi strzykawk automatycznych. W jednostce ochrony zdrowia udzielającej świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny nuklearnej i z zakresu terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych zatrudnia się, co najmniej:

- 1) lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny nuklearnej;
- 2) technika elektroradiologii
- 3) pielęgniarkę;
- 4) fizyka medycznego.

Jednostka ochrony zdrowia ubiegająca się o uzyskanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu badań rentgenodiagnostycznych, badań diagnostycznych i leczenia chorób nienowotworowych oraz paliatywnego leczenia chorób nowotworowych z wykorzystaniem produktów radiofarmaceutycznych oraz zabiegów z zakresu radiologii zabiegowej do wniosku o wydanie takiej zgody załącza m.in.:

- 1) imienny wykaz osób uczestniczących w procedurach medycznych w poszczególnych pracowniach wraz z określeniem ich kwalifikacji, w szczególności specjalizacji i staży;
- 2) wykaz medycznych procedur radiologicznych, które będą wykonywane.

Kierownik jednostki ochrony zdrowia jest obowiązany zgłaszać niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni, organowi wydającemu zgodę, wszelkie zmiany dotyczące ww. informacji (§ 8 i 10–11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych, t. jedn. Dz.U.2013.1015 z późn. zm.).

3. Załącznik Nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi Dz.U.2006.180.1325) stanowi, że instrukcja ochrony radiologicznej w pracowni rentgenowskiej zawiera m.in.:

- opis postępowania na terenie pracowni wynikający z umieszczenia na drzwiach wejściowych tablicy informacyj-

nej ze znakiem ostrzegawczym promieniowania jonizującego oraz z działaniem sygnalizacji ostrzegawczej;

- sposób kontroli narażenia pracowników na promieniowanie rentgenowskie.

4. Osoby wykonujące procedury z zakresu radiologii zabiegowej podlegają indywidualnej kontroli dawek otrzymywanych przez skórę dłoni. W pracowni rentgenowskiej znajdują się w oryginale lub uwierzytelnionych odpisach m.in.:

- protokoły pomiarów dozymetrycznych;
- protokoły pokontrolne;
- ewidencja osób zatrudnionych w pracowni rentgenowskiej w podziale na odpowiednie kategorie narażenia, dawek otrzymywanych przez pracowników, orzeczeń lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do pracy pracowników na określonym stanowisku.

W podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, w którego skład wchodzi pracownia rentgenowska opracowuje się i wdraża program bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej. Dla zapewnienia bezpieczeństwa personel zakładu jest obowiązany stosować osłony przed promieniowaniem jonizującym, właściwe dla rodzaju źródeł i zakresu prowadzonych prac, w tym używania strzykawk jednorazowych wyposażonych w osłony pochłaniające promieniowanie gamma i beta (§ 14 ust. 5, § 21. ust. 1 § 22 ust. 1, § 39 § rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi Dz.U.2006.180.1325).

5. Zgodnie z normami ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (tj. Dz.U.2014.1512 z późn. zm.) osoby wykonujące i nadzorujące wykonywanie badań i zabiegów leczniczych przy użyciu promieniowania jonizującego są obowiązane do podnoszenia swoich kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta poprzez ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, zdanie egzaminu i uzyskanie certyfikatu potwierdzającego jego zdanie (art. 18 ust. 5 ww. ustawy).

W celu dostosowania działań i środków ochrony radiologicznej pracowników do wielkości i rodzajów zagrożeń, kierownik jednostki organizacyjnej wprowadza podział lokalizacji miejsc pracy (art. 18 ust. 1 ww. ustawy)

Za powyższe działania odpowiedzialny jest kierownik jednostki organizacyjnej, który podejmuje określone działania w celu spełnienia tych wymagań po zasięgnięciu opinii inspektora ochrony radiologicznej i lekarza medycyny pracy.

Reasumując: od pielęgniarki zatrudnionej w zakładzie radiologii można wymagać pracy w warunkach bezpośredniej ekspozycji na promieniowanie jonizujące przy zachowaniu określonych prawem procedur. W przypadku wątpliwości, co do realizacji ww. zasad celowe jest zgłoszenie problemu inspektorowi ochrony radiologicznej lub bezpośrednio dyrektorowi podmiotu.



Wielokulturowość staje się modelem społecznym, który wymaga akceptacji norm nie zawsze zrozumiałych dla nas, ale istotnych dla innych ludzi. Granice akceptacji wyznaczają jednak zawsze profesjonalizm, regulacje prawne oraz obiektywne standardy niezbędne do efektywnego wykonywania obowiązków zawodowych.

© Rawpixel/Photogenica

Wielokulturowość rodziny i społeczeństwa jako wyzwanie w opiece zdrowotnej

dr n. med. ANNA CISIŃSKA

Wielokulturowość rodziny jest konsekwencją transformacji społeczno-historycznych, prowadzących do wytworzenia wielokulturowości w obrębie społeczeństw czy też lokalnych społeczności. Geneza tych ostatnich ma bogate tradycje, uwarunkowane migracjami ludów na przestrzeni dziejów. Przykładem wielokulturowej organizacji ludności (de facto – państwa) jest Rzeczpospolita Obojga Narodów (xvi–xviii w.), w której – obok Polaków, zamieszkiwali Niemcy, Żydzi, Litwini, Rusini, Tatarzy i szereg innych nacji, a tym samym – grup wyznaniowych, cieszących się tolerancją. Wzajemne przenikanie kultur było naturalnie ograniczone, jednak na tle innych części Europy można uznać ją za fenomen wielokulturowości.

Za pierwszą nowożytną formę społeczeństwa wielokulturowego można uznać Stany Zjednoczone Ameryki, krystalizujące się jeszcze przed formalnym momentem powstania zinstytucjonalizowanego państwa (od xvii w.) aż po wiek xx. Mozaika narodowościowa i religijna emigrantów, zasiedlających Nowy Świat, dała początek wielokulturowości, która

z czasem zaczęła przełamywać wewnętrzną hermetyczność poszczególnych grup, takich jak społeczność włoska czy irlandzka. Budowa amerykańskiej wspólnoty obywatelskiej ponad podziałami etnicznymi i religijnymi, a z czasem także – rasowymi, wyznaczyła model rozwoju społeczeństw wielokulturowych w świecie Zachodu.

Okres wojen światowych w xx w. uświadomił ludzkości, że źródłem destrukcji cywilizacji jest rasizm, szowinizm, skrajny nacjonalizm i ich pochodne (np. teorie eugeniczne), będące zaprzeczeniem wartości współzyczenia ludzi, reprezentujących różne kultury. Na tym tle następowały – z różną dynamiką w odniesieniu do poszczególnych społeczności i kategorii społecznych ludności – przemiany w sferze mentalnej i psychologicznej, których istotą stało się otwarcie na zjawisko wielokulturowości: jej poznanie, zaakceptowanie, a także przyswajanie dla zaspokojenia własnych potrzeb. Co więcej, integralną częścią identyfikacji tożsamości jednostki stała się świadomość jej złożonego często dziedzictwa – różnorodności społecznej i kulturowej, związanej z pocho-

dzeniem, środowiskiem lokalnym, przynależnością do określonych grup itp.

Zjawisko wielokulturowości rodziny może mieć charakter pierwotny lub wtórny. W pierwszym przypadku jej źródłem jest zazwyczaj pluralizm narodowościowy, etniczny, językowy lub światopoglądowy osób, zakładających rodzinę, co następnie przekłada się na funkcjonowanie rodziny i świadomość ich członków. Nieco rzadziej kryteriami różnicującymi monotyp kulturowy rodziny są pochodzenie społeczne (dawniej identyfikowane z przynależnością do określonej klasy lub warstwy społecznej) lub terytorialne jej założycieli. Na gruncie polskiej socjologii opisywana problematyka jawi się jako obszar stosunkowo nowy, pole dopiero inicjowanych badań. W przeszłości przypadki związków „mieszanych” pod wymienionymi względami traktowano niejednokrotnie z dezaprobatą, jako przejaw mezaliansu, nieakceptowanego przez stosunkowo hermetyczne społeczności lokalne. Tym samym skala wielokulturowości w obrębie rodziny była nieporównywalnie mniejsza w porównaniu do przemian na przestrzeni ostatnich dekad. O tradycyjnej monokulturowości dawnego modelu rodziny przesądzały ówczesne horyzonty intelektualne, a zwłaszcza głęboko zakorzenione uprzedzenia, stereotypy i ksenofobia. Wraz z obserwowanym stopniowo od połowy xx wieku upowszechnieniem procesu kształtowania społeczeństwa otwartego i socjalizacji jednostki na gruncie tolerancji bariery społeczne w konstrukcji rodziny stawały się coraz słabsze. Kluczowa rola przypadła edukacji, masowym migracjom ludności oraz przełamywaniu podziałów horyzontalnych i wertykalnych w społeczeństwie. Na uformowaniu wielokulturowości rodziny niewątpliwie zaważyła integracja polityczno-ekonomiczna Europy w ostatnich dwóch dziesięcioleciach, której elementem stał się m.in. swobodny przepływ

ludności między krajami Unii Europejskiej w ramach strefy Schengen. Duże znaczenie odgrywa też proces globalizacji, rozumiany m.in. przez pryzmat przemian socjologicznych. Ułatwienie w przemieszczaniu się i komunikacji ludzi z różnych rejonów świata jest podatnym gruntem dla wytworzenia zjawiska wielokulturowości – także w odniesieniu do podstawowej komórki społecznej.

Jak powiedzieliśmy, u podstaw pierwotnej wielokulturowości rodziny leży związek ludzi, wywodzących się z odmiennych środowisk narodowościowych, wyznaniowych, kulturowych itp., co następnie owocuje przeniesieniem elementów dywersyfikujących kulturowo na poszczególne wymiary życia rodziny. Kształtowanie kulturowości rodziny może przebiegać symetrycznie lub asymetrycznie; nie jest bowiem regułą, że rodzice wywodzący się z różnych kultur przełożą swojemu potomstwu jednakową bazę tożsamości, tradycji i wzorców behawioralnych. Proces identyfikacji świadomości narodowościowej, kulturowej, światopoglądowej czy wreszcie przynależności państwowej przebiega zawsze indywidualnie, jako wypadkowa socjalizacyjnej funkcji rodziny i środowiska, w którym jednostka wzrasta, oraz innych czynników. Dzieci z mieszanego małżeństwa, dla przykładu – polsko-palestyńskiego, w zależności od relacji panujących między rodzicami oraz wypracowanego modelu wychowawczego, mogą odczuwać jednolitą lub zróżnicowaną tożsamość narodowościową, posługiwać się wybranym językiem lub oboma w równym stopniu, wyznawać wybraną lub narzuconą im religię itd. – na tym polega istota wielokulturowości. Ważne, by była ona prawidłowo kształtowana, jako efekt współpracy w rodzinie, a nie wymuszania określonych wzorców, co – jak pokazuje rzeczywistość – także ma miejsce. Dojrzałość osób, zakładających rodzinę z definicji wielokulturową (czy precyzyjniej: dwukulturową), polega na świadomym wypracowaniu optymalnych rozwiązań i poszanowania praw partnera, który na równi powinien posiadać możliwość kształtowania życia rodziny. W sensie rozwoju osobistego jednostek rodzina wielokulturowa stwarza możliwości poznawcze, które nie występują w rodzinach homogenicznych. Na marginesie dodajmy, że wielokulturowa rodzina – z uwagi na środowisko, a jakim żyje – niejednokrotnie przyjmuje diametralnie odmienny styl życia od tych, jakie cechują środowiska założycieli rodziny. Jest to szczególnie zauważalne w środowiskach emigrantów, gdzie rodzina zazwyczaj ulega asymilacji na gruncie „trzeciej kultury” (pozostając w kręgu przywołanego przykładu, polsko-palestyńska rodzina posługuje się na co dzień językiem angielskim i wychowuje dzieci według wzorców kultury brytyjskiej). Ten ostatni przykład w istocie ilustruje już wielokulturowość nie pierwotną, lecz wtórną (nabytą).

Coraz częściej spotykamy się z występowaniem w rodzinie zjawiska wielokulturowości wtórnej, tj. zaistniałej na skutek wyboru, jakiego dokonuje członek (bądź członkowie) rodziny. Obok przywołanego wyżej przykładu skutków migracji, najczęściej przejawia się ona w autonomii światopoglądowej, czyli np. zmianie wyznania, która nie ma żadnego związku z rodzinną tradycją (np. gdy członek rodziny zostaje wyznawcą

islamu lub buddyzmu). Innym przejawem wielokulturowości wtórnej jest włączenie do modelu rodziny wielopokoleniowej, wciąż jeszcze spotykanej w społeczeństwie polskim, nowego członka, reprezentującego odmienną grupę narodowościową, wyznaniową, kulturową itp.

Wielokulturowość rodziny może się przejawiać w każdej dziedzinie życia, ale jej ostoją jest przede wszystkim szeroko rozumiane kultywowanie tradycji, wywodzących się z różnic narodowościowych, etnicznych, wyznaniowych itd., jak np. najbardziej oczywista dla antropologii kultury celebrowanie świąt. Wielokulturowość obejmuje nie tylko elementy kultury niematerialnej, takie jak operowanie językiem ojczystym (macierzystym), „wrodzony” patriotyzm czy znajomość systemów religijnych, lecz również bardziej prozaiczne, a jednocześnie popularne sfery: kulinaria, stroje, wystrój wnętrz. Te ostatnie nie są już – jak dawniej – domeną przynależności do danej kultury, ale zazwyczaj efektem trendów; nie mając włoskich korzeni sięgamy po kuchnię z tego właśnie kraju, nie mając związków z kulturą żydowską posiadamy wśród bibelotów judaica – itp.; to też symptom postępującej wielokulturowości wtórnej, której zaletą jest umiejętności racjonalnego czerpania idei, wartości i estetyki od innych kultur. Co więcej, zdaniem amerykańskiego socjologa Dona Locke to właśnie rodzina jest głównym agentem socjalizacji wielokulturowości w otaczającym nas świecie.

Współczesne społeczeństwa świata zachodniego wykazują silne tendencje wielokulturowości, na co wpływa przede wszystkim polityka imigracyjna oraz konotacje historyczne. Różnorodność jest postrzegana jako istotna wartość – element składowy wspólnoty europejskiej. Równocześnie napływ imigrantów staje się receptą na demograficzną recesję i postępującą w alarmującym tempie proces starzenia się Europy. Nie zawsze przybysze z różnych części świata wykazują skłonności asymilacyjne: widać to szczególnie wyraźnie na przykładzie Francji, gdzie w trosce o równość obywateli nie stosuje się pojęcia mniejszości narodowościowej w spisach demograficznych, jednak liczbę Francuzów pochodzenia arabskiego szacuje się na blisko 10 proc. ogółu.

Wielokulturowość jest dziś zjawiskiem oczywistym i powszechnym, co świadczy dynamicznym tempie przemian społecznych, obyczajowych i intelektualnych oraz modernizacji naszego życia. Mimo to zwraca się wciąż uwagę na konieczność zachowania odpowiedniej wrażliwości na opisywane kwestie, często ocierające się o granice prywatności, zwłaszcza ze strony pracowników sektora opieki socjalnej, edukacji i ochrony zdrowia, w tym – kadry pielęgniarskiej.

Klientami i pacjentami zakładów opieki zdrowotnej i podmiotów świadczących usługi medyczne w Polsce coraz częściej bywają osoby, przynależące do określonych kręgów kulturowych, potocznie postrzeganych jako „obce”, tj. nie charakterystyczne dla historycznie utrwalonych wzorców na ziemiach polskich, lub właściwe imigrantom, mniejszościom narodowościowym, etnicznym, religijnym czy nawet seksualnym. W niektórych sytuacjach stwarza to określone problemy dla personelu medycznego.

Źródłem „nietypowych” zachowań czy poglądów pacjenta, wpisujących się w odrębność kulturową, najczęściej jest światopogląd religijny. Religia nierzadko definiuje dietę, wprowadzając zakazy i specyficzne warunki. Wyznawcy hinduizmu (ok. 800 mln ludzi) nie jedzą wołowiny, gdyż według ich religii krowa jest zwierzęciem świętym. Muzułmanie (ok. 1,7 mld ludzi na świecie) i Żydzi (ok. 14 mln) nie jedzą z kolei wieprzowiny; poza wymiarem stricte religijnym zauważamy wpływ racjonalnych argumentów, które niewątpliwie wpłynęły na tradycję, gdyż w czasach starożytnych w klimacie Bliskiego Wschodu starano się minimalizować ryzyko infekcji pasożytniczych, których źródłem mogło być właśnie mięso wieprzowe.

Większość wyznawców religii mojżeszowej przestrzega zasad koszerności („czystości”) pożywienia, pod czym kryje się szereg zasad o rodowodzie wywodzącym się ze Starego Testamentu. Mięso spełnia wymogi koszerności, o ile pochodzi od zwierząt parzystokopytnych i przeżywających zarazem, co cechuje m.in. wołowinę, jagnięcinę, sarninę. Dopuszcza się jedzenie drobiu i niektórych ryb. Zwierzę musi jednak być zabite w sposób zgodny z rytuałem, gwarantujący oczyszczenie z krwi. W praktyce oznacza to budzącą przerażenie, kontrowersje i protesty obrońców praw zwierząt praktykę przecinania za pomocą dwóch cięć nożem tętnic tchawicy przy równoczesnym przecięciu splotów nerwowych. Ubój rytualny od niedawna jest w Polsce ponownie dozwolony. Inna z zasad koszerności zakazuje łączenia produktów mięsnych i mlecznych w jednym posiłku (odstęp między spożyciem poszczególnych rodzajów pokarmu waha się od 30 minut do 6 godzin). Restrykcyjnie przestrzegający zasad judaizmu wyznawcy muszą dysponować odrębnymi zestawami naczyń, sztućców, a nawet zlewów kuchennych czy piekarników, gdyż przygotowywanie potraw mięsnych i mlecznych wymaga ich całkowitego rozdzielania. Tym samym zjedzenie kanapki z masłem i wędliną drobiową jest traktowane jako występki. Żywnienie ortodoksyjnych Żydów w warunkach szpitalnych nastręcza więc ogromne trudności organizacyjne; pacjenci nierzadko odmawiają przyjmowania posiłków i korzystają z pomocy rodziny, co z kolei w wielu wypadkach wymaga weryfikacji diety i jej wpływu na przebieg leczenia.

Dyscyplina dietetyczna nie jest jedynie domeną wybranych religii; dobrowolnie przyjmowane ograniczenia oraz częściej są manifestacją przekonań proekologicznych, ideologii, systemu wartości czy po prostu sposobem na zdrowe życie. Wegetarianizm, czyli wyeliminowanie z pożywienia mięsa, posiada bogate tradycje historyczne i pojawia się w różnych kulturach, także w Europie; obecnie szacuje się, że około 10 proc. populacji w skali globu mogą stanowić wegetarianie. Mimo to szpitalne menu generalnie nie uwzględnia potrzeb pacjentów praktykujących takie zwyczaje żywieniowe. Wbrew pozorom, pominięcie porcji mięsa czy wędliny nie rozwiązuje problemu, gdyż do przygotowywania posiłków powszechnie wykorzystuje się m.in. tłuszcze pochodzenia zwierzęcego. Radykalną odmianą wegetarianizmu jest weganizm. Dieta ta polegająca na wyeliminowaniu wszelkich produktów pochodzących



Pierwsza pomoc

Odmrożenia

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

Odmrozenie (łac. *congelatio*) – jest najczęstszym urazem tkanek spowodowanym oddziaływaniem niskiej temperatury na powierzchnię ciała, w wyniku którego temperatura tkanek spada poniżej 0°C. Powstałe kryształki lodu uszkadzają strukturę komórek i wywołują mikrozatorowość. Proces ulega przyspieszeniu, gdy tkanki kontaktują się z dobrymi przewodnikami ciepła, jak metale, woda czy gaz. Występują głównie u osób będących pod wpływem alkoholu, bezdomnych, ale również u osób aktywnych tj. turyści. Bezpośrednia ekspozycja na silny i zimny wiatr (współczynnik wiatr – duża wilgotność) naraża na szybkie odmrożenie tkanki narządów najbardziej oddalonych od tułowia:

- kończyny górne i dolne (szczególnie palce, dłonie i stopy) – organizm ogranicza w nich przepływ krwi, aby „zaoszczędzić” ciepło;
- głowę (uszy, nos, policzki) – udowodniono, że stosowanie dodatkowej warstwy kremu/emulsji/maści na twarzy nie zapobiega odmrożeniom, co więcej – może nawet zwiększać ich ryzyko.

Czynniki sprzyjające odmrożeniu

- alkohol, nikotynizm;
- niedostosowane do warunków atmosferycznych ubranie, wilgotna odzież;
- bezruch, długotrwałe unieruchomienie utrudniające krążenie;
- miażdżyca naczyń obwodowych;
- zmęczenie, wyniszczenie.

Klasyfikacja odmrożeń

- I° (powierzchnowy) – odrętwienie, swędzenie i zaczerwienienie skóry z wyraźnym zbieleńszym lub woskowym obszarem uszkodzonej tkanki;
- II° (średni) – znaczny obrzęk, zaczerwienienie, pojawiają się pęcherze zawierające treść surowiczą lub mleczną;
- III° (głęboki) – obecne na powierzchni skóry pęcherze powiększają się, a ich wnętrza zawiera krwisto-surowiczy płyn, uszkodzenie głębokich warstw skóry;



© johnyoo7pandp/Photogenica

- IV° (ciężki) – martwica skóry, a niekiedy tkanek położonych głębiej pod skórą, obejmuje mięśnie, kości doprowadzając do mumifikacji palców lub całej kończyny.

Pierwsza pomoc przedmedyczna

- Na miejscu zdarzenia należy stopniowo przywracać prawidłową temperaturę odmrożonych tkanek (przywracanie krążenia w odmrożonych tkankach często powoduje wystąpienie bardzo silnego bólu i intensywnego przekrwienia, nawet w ciężkich odmrożeniach)
- Chronić przed wychłodzeniem uprzednio ocieplonych tkanek – termoizolacyjny koc ratunkowy „folia życia NRC” (złota strona na zewnątrz powierzchni ciała), stopniowe ogrzewanie poszkodowanego – podnoszenie temp. ciała o około 0,5°C na godzinę
- Zabezpieczyć odmrożone części ciała przed dodatkowymi urazami mechanicznymi
- Jeżeli poszkodowany jest przytomny unieść kończyny celem zmniejszenia obrzęku
- Przetransportować poszkodowanego do ciepłego (nie gorącego) pomieszczenia bądź do szpitala
- Zdjąć mokrą odzież, rękawiczki, buty, biżuterię z palców rąk (dłonie/stopy zanurzyć w letniej wodzie początkowo o temp. 30°C, a następnie 36°C)
- Jeśli nie ma ciepłej wody – owinać odmrożoną część ciała w lekko ogrzany ręcznik
- Na odmrożone policzki, nos czy uszy nałożyć czyste (nie gorące) opatrunki
- Jeśli na skórze są widoczne pęcherze lub sino-czerwone albo blade plamy – zastosować suche, czyste luźne opatrunki, najlepiej z jałowej gazy unikając ucisku
- Jeżeli poszkodowany jest nieprzytomny, należy sprawdzić oddech i tętno, w razie braku – ABC resuscytacji oraz wezwanie Zespołu Ratownictwa Medycznego (tel. 999 lub 112).

Uwaga! Nie należy:

- Stosować suchego nawiewu ciepła, termoforów jak również narażać na ponowne wychłodzenia ogrzanych tkanek oraz

chodzenie – prowadzi to do jeszcze cięższego uszkodzenia komórek (zagrożenie martwicą)

- Gwałtownie poruszać poszkodowanym (nawet nieznaczne ruchy, powodują przepływ ciepłej jeszcze krwi z tułowia w wyziębione kończyny)
- Masować a zwłaszcza rozcierać okolic odmrożonych śniegiem (zasoby wychłodzonej krwi obwodowej mogą spowodować zatrzymanie pracy serca)
- Przekłuwać pęcherzy
- Podawać do picia alkoholu, który przyspiesza wychłodzenie (można podać ciepłe, osłodzone ale nie gorące napoje).

Hipotermia (wychłodzenie organizmu)

Skutki działania zimna na organizm ludzki opisywane były już w czasach antycznych. Hipokrates doradzał, aby krwawiącego człowieka układać na śniegu lub lodzie. Uważał też, że „człowiek przeżyje dłużej w zimie niż w lecie, niezależnie od tego, w której okolicy głowy znajduje się rana”. W latach 30. XX w., zwrócono uwagę, że podczas I wojny światowej ranni żołnierze pozostawieni na śniegu mieli większe szanse przeżycia, niż ci okrywani kocami i pojeni ciepłymi płynami. Podczas II wojny światowej i wojny o Indochiny lekarze uważali, że chłodzeni ranni przeżywają dłużej. Hipotermia (wychłodzenie organizmu) jako jednostka chorobowa, czyli skutek ogólnoustrojowego działania niskiej temperatury na organizm człowieka, została uznana dopiero w połowie XX w. O hipotermii mówimy, jeżeli temperatura tzw. centralna obniży się poniżej 35°C. Śmiertelność z powodu wychłodzenia w Polsce wynosi, według oficjalnych danych, 328 do 606 osób rocznie (dane GUS 2008–2010). Szacuje się jednak, że liczba ta może być nawet kilkakrotnie większa. Hipotermia jako choroba może rozwinąć się jako pierwotna i niezależna jednostka lub wtórnie do innych schorzeń i zaburzeń homeostazy organizmu. W obu przypadkach podstawowym czynnikiem wywołującym jest zimno. Organizm ludzki jest stałocielny, co oznacza, że posiada zdolność do utrzymywania stałej temperatury centralnej niezależnie od warunków zewnętrznych. W istocie, stan homeotermii podlega głębszej i dokładniejszej kontroli autonomicznej niż homeostaza krążenia. W określonych warunkach, gdy mechanizmy obronne organizmu zawodzą, utrata ciepła zaczyna przewyższać produkcję i temperatura ciała zaczyna się obniżać. W tym momencie zostaje uruchomiona kaskada zaburzeń narządowych i układowych prowadzących – o ile nie wdrożono leczenia – do śmierci! W swoim „naturalnym” przebiegu hipotermia prowadzi po początkowym pobudzeniu do stopniowej depresji praktycznie wszystkich układów organizmu. Poszczególne stadia kliniczne hipotermii przypisuje się umownie odpowiednie zakresy temperatury centralnej, ale obraz kliniczny i nasilenie poszczególnych objawów mogą być w dużym stopniu zróżnicowane osobniczo – często w zależności od czynników behawioralnych, kulturowych oraz okoliczności zdarzenia i zaburzeń współistniejących.

Definicja i klasyfikacja

Hipotermia pourazowa – obniżenie temperatury centralnej poniżej 36°C w związku z doznany urazem. W lekkich

obrażeniach wychłodzenie stwierdza się u <10% chorych, a w ciężkich u 30–50%.

| Klasyfikacja | Hipotermia przypadkowa | Hipotermia pourazowa |
|--------------|------------------------|----------------------|
| Łagodna | 35-32° C | 36-34° C |
| Umiarkowana | 32-28° C | 34-32° C |
| Ciężka | <28° C | <32° C |

American College of Surgeons Committee in Trauma. Advanced Trauma Life Support for Doctors, Student Course Manual, Eight Edition 2008

Uwagi praktyczne!

- Hipotermię pourazową należy podejrzewać u każdej ofiary, która doznała urazu, a okoliczności i warunki zewnętrzne wskazują na możliwość utraty ciepła!
- W warunkach upośledzonej termoregulacji, np. u osób w podeszłym wieku i bardzo małych dzieci, hipotermia może wystąpić już przy niewielkim działaniu zimna!
- Wychłodzenie organizmu z rozległymi obrażeniami zwiększa śmiertelność – w każdym przypadku zaleca się zabezpieczenie pacjenta przed utratą ciepła za pomocą dostępnych środków!
- Hipotermia głęboka spowalnia metabolizm – zwiększa tolerancję na niedotlenienie i może zapewnić ochronę mózgu nawet przez 5 godzin prowadzenia zabiegów resuscytacyjnych!
- U chorych po nagłym zatrzymaniu krążenia (NZK) stosuje się łagodną hipotermię leczniczą (tzw. hipotermię terapeutyczną) polegającą na obniżeniu temperatury ciała do 32–33°C na okres 24–36 godzin. Podstawowym celem takiego postępowania jest zmniejszenie ryzyka powikłań w obrębie mózgu poprzez działanie ochronne na ośrodkowy układ nerwowy (OUN)!
- Hipotermia stanowi element opieki poresuscytacyjnej i ma na celu zmniejszenie ryzyka zgonu i poprawę jakości życia chorego!
- Hipotermia przypadkowa może nas zabić, hipotermia terapeutyczna odpowiednio kontrolowana w warunkach szpitalnych jest sprzymierzeńcem ratującym życie wielu pacjentów!

Stadium hipotermii (klasyfikacja szwajcarska według Brown i IKAR)

| Stadia hipotermii | Stan | Temperatura centralna (° C) |
|-------------------|---|-----------------------------|
| I | Przytomny, drżenia mięśniowe | 32–35° C |
| II | Obniżony poziom świadomości (apatia, zaburzenia mowy, koordynacji ruchowej, brak drżeń mięśniowych) | 28–32° C |
| III | Nieprzytomny, możliwe zaburzenia rytmu serca, zaburzenia częstości tętna i oddechu | 24–28° C |
| IV | Zatrzymanie krążenia | <24° C |
| V | Zgon, zamrożenie hipotermia nieodwracalna | |

Durrer B, Brugger H, Syme D. The medical on site treatment of hypothermia. Commission For Mountain Emergency Medicine, 1998

Mechanizmy obronne/adaptacyjne organizmu

Obkurczenie skórnych naczyń krwionośnych:

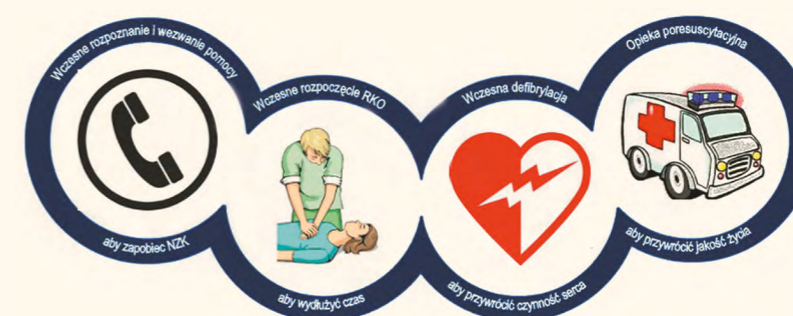
- Pierwsza linia obrony przed zimnem – zmniejszenie utraty ciepła
- Temperatura skóry obniża się, ciepło „magazynowane” w narządach wewnętrznych
- Około 10% objętości krwi przemieszcza się do krążenia centralnego
- Pojawia się już przy temperaturze centralnej 36,5°C.

Drżenia mięśniowe/dreszcze:

- Druga i ostatnia linia obrony (pojawiają się 1°C poniżej pierwszej linii, czyli przy 35,5°C)
- Utrzymują się przez 4–6 godzin do wyczerpania zapasów glikogenu w mięśniach
- Hamowane są przez leki (narkotyczne, uspokajające, przeciwdepresyjne), alkohol oraz współistniejące obrażenia ciała
- Zwiększają produkcję ciepła o 50–100% .

PIERWSZA POMOC PRZEDMEDYCZNA

ŁAŃCUCH PRZEŻYCIA (chain of survival)



Źródło: Polska Rada Resuscytacji/Wytyczne Resuscytacji 2010 ERC (www.prc.krakow.pl)

W okresie przedszpitalnym podstawowe znaczenie ma tzw. „łańcuch przeżycia”. Jeśli zadziałają wszystkie ogniwa istnieje szansa na uratowanie życia człowieka. Kolejnym ważnym elementem jest zapobieganie dalszej utracie ciepła, unikanie czynników destabilizujących chwiejną homeostazę, w razie potrzeby zapewnienie właściwego standardu resuscytacji i transport do właściwego ośrodka. Próby agresywnego ogrzewania są najczęściej nieskuteczne i mogą być na tym etapie niebezpieczne. Chorzy w III i IV stadium hipotermii powinni być transportowani bezpośrednio do szpitali, które posiadają dostęp do metod ogrzewania pozaustrojowego i doświadczenie w leczeniu.

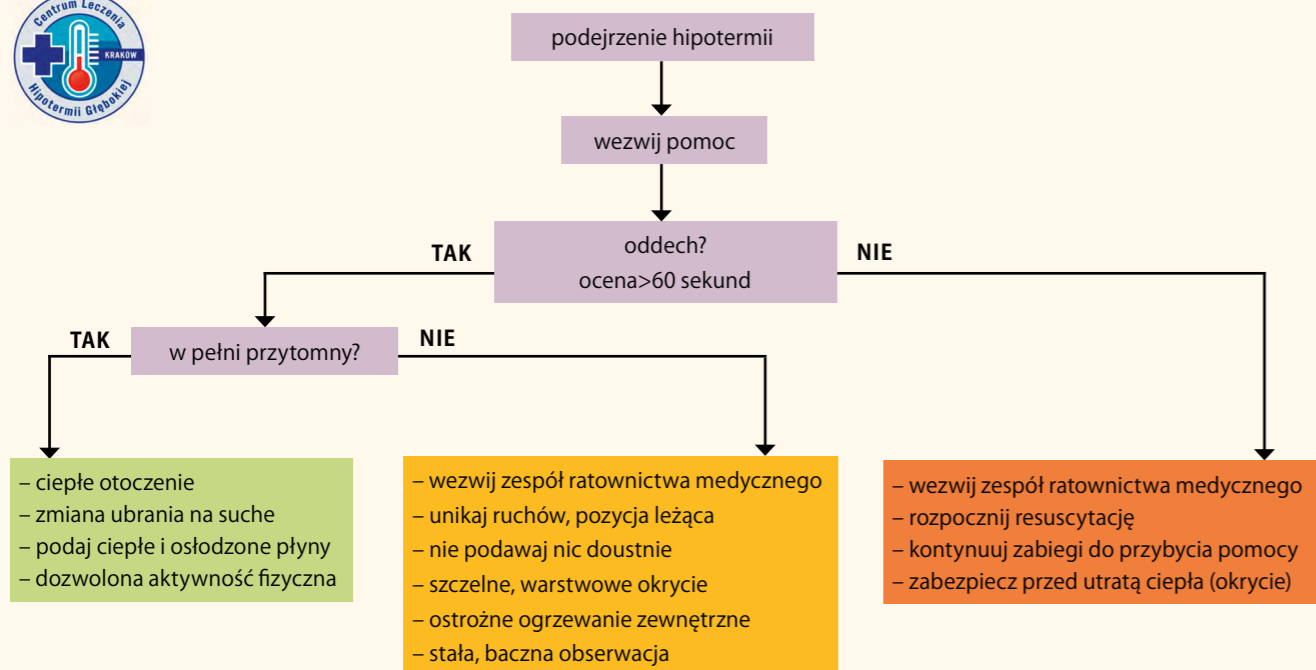
Uwaga!

Przekonanie o wyjątkowej skuteczności folii metalizowanych jest nieuzasadnione – w rzeczywistości ich właściwości są podobne do każdego innego materiału o podobnej grubości. Folia metalizowana jest lekka i poręczna, ale sama – nawet szczelnie nałożona – nie jest w stanie zastąpić wielowarstwowe okrycia (ta sama uwaga dotyczy pojedynczej warstwy folii bąbelkowej). Najskuteczniejsze są profesjonalne, stosowane przez wojsko i górskie służby ratunkowe okrycia przypominające śpiwory. Źródła ciepła (o ile konieczne) powinny być układane na tułowiu i nigdy bezpośrednio na skórę.

Wzrost zainteresowania hipotermią jako metodą wspomagającą leczenie farmakologiczne doprowadził do umieszczenia jej w wytycznych leczenia, m.in. chorych po resuscytacji krążeniowo-oddechowej u których pierwotnym mechanizmem NZK (nagłego zatrzymania krążenia) było migotanie komór (wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji 2010). W województwie małopolskim lekarze, Tomasz Darocha i Sylwester Kosiński opracowali procedurę ogrzewania pozaustrojowego pacjentów w stadium głębokiej hipotermii oraz zorganizowali – jak dotąd jedyne w Polsce – Centrum Leczenia Hipotermii Głębokiej.



KRAKÓW
www.hipotermia.edu.pl
TELEFON ALARMOWY
501 039 462
Telefon alarmowy dotyczy woj.
małopolskiego i podkarpackiego



S. Kosiński, T. Darocha
www.hipotermia.edu.pl

Wychłodzeni dorośli pacjenci trafiają do Szpitala Jana Pawła II w Krakowie, dzieci zaś do Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie-Prokocimiu. Skrajnie wychłodzony 2-letni Adaś, chłopczyk z Raclawic, miał zaledwie 12,7°C, kiedy trafił 30 listopada 2014 roku do tamtejszego szpitala. Chłopiec przebywał pod opieką całego sztabu ludzi tj. anestezjologów, neurochirurgów, kardiochirurgów i pielęgniarek. Podłączony został do ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) jako metody aktywnej – inwazyjnej ogrzewania pozaustrojowego, czyli sztucznego płuco-serca. Stopniowo został wyprowadzany z głębokiej hipotermii a następnie ze śpiączki farmakologicznej. Hospitalizacja w oddziale intensywnej terapii kardiochirurgicznej u prof. Janusza Skalskiego trwała 23 dni, w sumie chłopiec spędził w szpitalu 74 dni. Dotychczas nie odnotowano tak niskiej temperatury na świecie (najniższa temperatura u uratowanej osoby wynosiła 13,7°C). Wszystkie zespoły ratunkowe w tym województwie, strażacy, ratownicy medyczni, policjanci czy straż miejska wiedzą, że od 1 października do 1 kwietnia mają zgłaszać do koordynatora ds. pozaustrojowego leczenia hipotermii osoby, które znalazły wyziębione. Mieszkańcy objęci są akcjami edukacyjnymi.

Rokowanie

Śmiertelność w hipotermii wynosi 20–90% i zależy od stopnia i postaci hipotermii, chorób współistniejących i prawdopodobnie od sposobu ogrzewania. Nie istnieją oficjalne rekomendacje dotyczące sposobów ogrzewania w poszczególnych stadiach hipotermii. W zależności od dostępności sprzętu a także wiedzy i inwencji personelu w praktyce stosuje się co najmniej kilkanaście metod w różnych konfiguracjach

(optymalną i bezpieczną prędkością podnoszenia temperatury jest 1–1,5°C na godzinę). W ostrej hipotermii pierwotnej, o ile nie doszło do zatrzymania krążenia rokowanie jest zazwyczaj dobre. Zgon spowodowany samym wychłodzeniem następuje najczęściej w trakcie ogrzewania – w ciągu 24 godzin od przyjęcia. Krytyczne dla pacjentów z wtórną hipotermią, którzy przeżyli ten etap są jednak kolejne doby, w których rozwijają się objawy niewydolności wielonarządowej wynikające zazwyczaj z zaostrzenia chorób współistniejących. Z tego powodu zaleca się aby leczenie było prowadzone w oddziałach intensywnej terapii, w warunkach umożliwiających wszechstronne monitorowanie hemodynamiczne i w razie konieczności zastosowanie inwazyjnych metod dostarczania ciepła.

Literatura:

1. Andres J.: Wytuczne Resuscytacji 2010, Polska Rada Resuscytacji, Wyd. 1, Kraków 2011.
2. Zawadzki A.: Medycyna ratunkowa i katastrof, PZWL 2014.
3. Campbell J. E.: Basic Trauma Life Support dla paramedyków i ratowników medycznych, Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.
4. Campbell J. E.: International trauma Life Support, Medycyna Praktyczna 2009.
5. www.ratownik-med.pl
6. www.szpitalzdrowia.pl
7. www.hipotermia.edu.pl
8. www.prc.krakow.pl
10. www.ratownik-med.pl

mgr Elżbieta Janiszewska
Przewodnicząca РТРАИIO – o.ł.
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa
anestezjologicznego i intensywnej opieki,
Instytut CZMP w Łodzi

od zwierząt, a zatem także mleka i nabiału, wzbudza obawy ekspertów w aspekcie stosowania u dzieci. Organizm w fazie dynamicznego rozwoju potrzebuje wielu mikroelementów, które trudno jest skompensować w klasycznej diecie wegańskiej. Rezygnacja z mięsa naraża na niedobór witaminy B₂, żelaza, cynku, wapnia i białka. Wegetarianizm może być jednak zbilansowany i w konsekwencji nie tylko bezpieczny, ale także dobroczynny dla zdrowia człowieka – pod warunkiem profesjonalnej edukacji w tym zakresie oraz odpowiedzialności. Zakłócenia równowagi biochemicznej w organizmie, wynikające z ewentualnych deficytów, zazwyczaj są uchwytne w badaniach krwi pod postacią odchylenia wartości od zakresu referencyjnego, jednak w praktyce stosunkowo rzadko przeprowadza się tego rodzaju rutynowe badania kontrolne, o ile nie występują zauważalne objawy somatyczne. Okresową kontrolę morfologii oraz wybranych wskaźników biochemicznych krwi powinno się rekomendować wegetarianom, zwłaszcza w odniesieniu do osób poniżej 18. roku życia oraz kobiet w okresie prokreacyjnym. Równocześnie warto zwracać uwagę na praktyki żywieniowe pacjentów w wywiadach.

Polskie szpitale nie są przygotowane na żywienie pacjentów o „nietypowych” potrzebach dietetycznych, wynikających czy to z wyznawanej religii, czy praktykowania wegetarianizmu. Niestety, przez znaczną część personelu administracyjnego i medycznego problem ten wciąż traktowany jest jako marginalny, a przecież dla zainteresowanych osób stanowi ogromną przeszkodę w funkcjonowaniu oraz źródło dodatkowego stresu. Na forach internetowych wegetarianie wymieniają się wskazówkami, jak przetrwać hospitalizację – w praktyce sprowadza się to do organizacji zewnętrznego zaopatrzenia lub zabrania ze sobą zapasów żywności.

Nie tylko zwyczaje żywieniowe i wynikające z nich trudności stanowią nowy problem w wielokulturowym społeczeństwie.

Od lat w opiece zdrowotnej znany jest casus świadków Jehowy (8,2 mln głosicieli na świecie i około 123 tys. w Polsce) i ich negatywny stosunek do transfuzji – nawet w przypadkach ratujących życie (doktrynę tę sformułowano w 1945 r., a od lat 60. jej złamanie jest traktowane równoznacznie z wystąpieniem z organizacji). To jeden z najbardziej radykalnych przejawów wpływu światopoglądu religijnego na proces leczenia, a bardzo często ratowania życia. Trudno polemizować z przekonaniami o charakterze dogmatycznym, choć niejednokrotnie dochodzi do paradoksalnych konfliktów między imperatywem ratowania życia ludzkiego, wynikającym z przysięgi Hipokratesa, a wiarą chorego oraz prawem stanowionym, nakazującym uzyskanie zgody na stosowanie odpowiednich procedur medycznych.

W ciągu ostatniej dekady opisywano w Polsce dwa przypadki zgonów pacjentów – ciężko rannych w wypadkach drogowych, którzy odmówili transfuzji z powodu przynależności do ruchu świadków Jehowy. Zwyczajowo jego wyznawcy noszą przy sobie oświadczenie woli, wykluczające możliwość ratowania ich przy pomocy preparatów krwi, a ponadto funkcjonują tzw. Komitety Łączności ze Szpitalami, które

dopilnowują, by personel medyczny nie naruszył fundamentalnej dla nich zasady „leczenia bez krwi”. W tak dramatycznych okolicznościach jak wspomniane wyżej przypadki, wobec oczywistego sprzeciwu pacjenta, zespoły lekarskie decydują zazwyczaj o wprowadzeniu chorego w stan śpiączki farmakologicznej.

Regułą postępowania wyznawców sikhizmu – religii wywodzącej się z Pendżabu – jest nieobcinanie włosów i noszenie kangha – grzebyka upinającego fryzurę, osłoniętą zazwyczaj charakterystycznym turbanem. W warunkach hospitalizacji problemem bywa kara – obowiązkowo noszona metalowa bransoleta – symbol przynależności do tego kultu. Jakikolwiek ingerencje we wspomnianych obszarach odbierane są jako obraza uczuć religijnych i świętokradztwo. Ortodoksyjni wyznawcy mogą też odmówić przyjęcia substancji znieczulających, gdyż wiernych obowiązuje zakaz stosowania środków odurzających, a interpretacja pojęcia bywa szeroka. Obecnie na świecie żyje zaledwie około 24 milionów sikhów – głównie w Indiach i Pakistanie, ale liczna półmilionowa diaspora zamieszkuje Wielką Brytanię.

Zdarza się, że wzorce zachowań nie mają nic wspólnego ze światem wartości religijnych, a wynikają z kulturowej autonomii poszczególnych grup etnicznych. Przykładem mogą być dość powszechnie obserwowane zwyczaje Romów, którzy w nader licznych grupach odwiedzają swoich bliskich w szpitalach, a czasem nawet czuwają przy nich przez wiele godzin w ciągu dnia. Wynika to z faktu klanowej i rodowej struktury społeczności romskiej oraz silnych związków emocjonalnych w wielopokoleniowej rodzinie, gdzie w sposób szczególnie celebrowany jest szacunek dla osób starszych. Towarzyszące odwiedzinom nierzadko zbyt głośne zachowanie (rozmowy, płacz) to swoisty element tradycji i stylu komunikacji.

Odrębną kwestią pozostaje nonszalancja w stosunku do szpitalnych regulaminów, ale to też należy rozpatrywać w kontekście kulturowym: codziennego funkcjonowania jednostki w grupie, gdzie prawo usankcjonowane jest tradycją, a nie normami pisanymi.

Skala wpływu różnorodności kulturowych na poszczególne obszary życia jest trudna do przecenienia. Przywołane wyżej postawy stanowią jedynie egzemplifikację problemów, z jakimi nieuchronnie coraz częściej będziemy się spotykać w naszej pracy. Jest to konsekwencja globalizacji, przemian społecznych, mobilności ludzi w czasach otwartych granic i relatywnie taniej komunikacji. Wielokulturowość staje się modelem społecznym, który wymaga akceptacji norm nie zawsze zrozumiałych dla nas, ale istotnych dla innych ludzi. Granice akceptacji wyznaczają jednak zawsze profesjonalizm, regulacje prawne oraz obiektywne standardy niezbędne do efektywnego wykonywania obowiązków zawodowych.

dr n. med. Anna Cisińska
starszy wykładowca
Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
i Zarządzania w Pielęgniarstwie
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Skutki braku ruchu, złego odżywiania i życia bez umiaru w stosunku do używek najwyraźniej obserwuje się w krajach wysoko rozwiniętych. Tam też jest najwięcej otyłych ludzi i schorzeń „cywilizacyjnych”.

Chcesz żyć – ruszaj się

mgr STANISŁAWA DZWONKOWSKA

Ruch, czyli aktywność fizyczna, jest jedną z biologicznych potrzeb człowieka. Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia ONZ określili minimalną, tj. niezbędną dzienną normę ruchu dorosłego człowieka na 10 tysięcy kroków.

Dzisiejszy tryb życia i rodzaj pracy ogranicza poruszanie się człowieka albo wręcz pozbawia go ruchu, zmuszając do kilku lub kilkunastu godzin dziennie do pracy przy biurku, komputerze lub do innej wymuszonej pozycji. Efektem tego są tzw. „choroby cywilizacyjne”: wady postawy, wadliwa przemiana materii, złe krążenie krwi i inne.

Michał Tombak (wbrew ogólnemu stwierdzeniu, że choroby się dziedziczy) twierdzi, że to nieprawidłowy tryb życia dziedziczymy i że to właśnie on jest przyczyną wielu chorób.

Coraz częściej słyszymy w mediach, iż to aktywność fizyczna i właściwa dieta są podstawą zdrowego stylu życia, oraz że ruch jest jednym z najskuteczniejszych sposobów zapobiegania chorobom cywilizacyjnym (choroba wieńcowa, nadciśnienie, cukrzyca).

Dawno dostrzeżono leczniczy wpływ ruchu na zdrowie człowieka. Już filozof starożytności Arystoteles głosił: „Ruch jest życiem”. Zgadza się z tym również wielu dzisiejszych naukowców i badaczy, szczególnie ekspertów chorób układu ruchu. Znakomity ortopeda A. Senger syntetycznie ujął znaczenie aktywności ruchowej dla człowieka: „Ruch jest życiem – życie jest ruchem”.

Należy przypomnieć, że pod wpływem ruchu i ćwiczeń fizycznych przyspiesza się nasza przemiana materii, organizm lepiej przyswaja pokarmy, szybciej rozwija się kośćce, mięśnie, usprawnia się praca: serca, płuc, układu nerwowego, doskonali się współpraca między narządami. Człowiek staje się zręczniejszy, silniejszy, szybszy, ma lepszą precyzję ruchów. Poprzez gimnastykę i sport można również kształtować pozytywne cechy charakteru, jak: odwaga, zdyscyplinowanie, wytrwałość, umiejętność współżycia i działania w grupie. Znaczne ograniczenie ruchu powoduje z kolei wydalanie z moczem dużych ilości wapnia i związków azotowych. Wiąże się to

z osteoporozą i zanikiem mięśni. Wysiłek fizyczny stymuluje również psychiczną sferę człowieka. Wspomaga sprawność intelektualną, zmniejsza stan napięć stresowych, daje odprężenie, poprawia samopoczucie.

Jak olbrzymie znaczenie ma dobra kondycja fizyczna w okresie rekonwalescencji mogą potwierdzić pracownicy służby zdrowia. Kobieta, która po porodzie jest aktywna fizycznie (zajmuje się dzieckiem, uprawia gimnastykę) – szybciej wraca do sił, zaś jej zmienione ciężowo narządy łatwiej powracają do normy. U ludzi przewlekle chorych, starych, w czasie bezruchu, w stosunkowo krótkim okresie w układzie ruchowym dochodzi do zaników, zmian zwyrodnieniowych i przykurczów mięśni, zniekształceń i zmian degeneracyjnych w kościach, zeszywnienia stawów. Dlatego leżenie w łóżku, nawet przez krótki czas, zwłaszcza człowieka w podeszłym wieku lub wyniszczonego fizycznie, należy traktować jako zagrożenie dla niego.

Skutki braku ruchu, złego odżywiania i życia bez umiaru w stosunku do używek najwyraźniej obserwuje się w krajach wysoko rozwiniętych. Tam też jest najwięcej otyłych ludzi i schorzeń „cywilizacyjnych”. Niestety, w naszym społeczeństwie, w dziedzinie aktywności ruchowej wśród dorosłych i dzieci obserwuje się spore nieprawidłowości – lekceważenie potrzeby ruchu i higieny psychicznej. Wielu dorosłych nie dba o kondycję fizyczną swojego ciała. Tylko nieliczni z nich uprawiają sport (pływanie, spacer, biegi, jazdę na rowerze, taniec), który zapewnia im lepszą sprawność psychoruchową.

Z obserwacji wynika, że dzieci uwielbiają się ruszać, jeśli tylko mają ku temu okazje. Jednak w wolnym czasie większość polskich dzieci siedzi przed komputerem, TV i utrwała swoje złe nawyki (braku aktywności fizycznej oraz złego żywienia – podjadając smakołyki), co skutkuje coraz częstszymi wadami postawy i różnymi chorobami.

Niektórzy rodzice nie chcą lub nie potrafią wziąć odpowiedzialności za wychowanie zdrowotne swojej pociechy.

Uważam, że zagadnienie jest bardzo poważne, zaś sprawa lenistwa ruchowego i znaczenia ruchu dla zdrowia mogłaby być jeszcze bardziej nagłaśniana przez media. Myślę, że za zaistniałą sytuację odpowiada zarówno: rodzina, państwo, jak i szkoła. Rodzina powinna dawać dobry przykład aktywności ruchowej, państwo – stworzyć warunki dobrego rozwoju motorycznego człowieka, a szkoła powinna w tym wszystkim pomagać.

Niestety, niewiele dzieci ma ze strony rodziców dobry przykład wychowania zdrowotnego i przekazywania im właściwych postaw zdrowotnych np. nawyku spacerowania, jazdy na rowerze itd. Rzadko współcześni rodzice hołdują zasadzie: „Verba docent, exempla trahunt” (słowa uczą, przykłady pociągają). Myślę, że powiedzenie „czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąca” szczególnie dotyczy małych dzieci. W tym okresie życia są one chłonne wiedzy i słuchają rodziców, nauczycieli. Wdrożenie im w tym okresie życia potrzeby ruchu i utrwalenie dobrych zachowań zdrowotnych może dać dzieciom i całemu społeczeństwu niewymierne korzyści dla zdrowia na przyszłość.

Niewiele dzieci ma ze strony rodziców dobry przykład wychowania zdrowotnego i przekazywania im właściwych postaw zdrowotnych np. nawyku spacerowania, jazdy na rowerze itd. Rzadko współcześni rodzice hołdują zasadzie: „Verba docent, exempla trahunt” (słowa uczą, przykłady pociągają).

Wiadomym jest, że szkoła niewiele robi w ww. problemie, jeśli rodzice nie pomogą i nie będą dawać dobrego przykładu. Jeśli rodzice pozwolą godzinami siedzieć dziecku przy komputerze, wówczas ono nie ma siły i ochoty na gimnastykę w szkole. Wtedy pojawia się też problem absencji na lekcji w-fu, przemęczenia w szkole. Obecnie nie jest rzadkością, że gdy dziecko kończy podstawówkę nie potrafi zrobić przewrotu w przód lub w tył.

Naukowcy przedstawiają nam raporty, że: dzieci, które regularnie uprawiają sport osiągają lepsze wyniki w nauce, mają wyższe oceny z zachowania, poprawiają swoją samoocenę i nastrój. Alarmują, że kondycja młodzieży spada. W 1979 r. w skoku w dal chłopcy osiągnęli 4,2 m, obecnie 3. Dziewczynki były w stanie utrzymać się w zwisie na drążku przez 14 sekund, a obecnie przez 6,5. Dlatego tak ważna jest rola państwa, które poprzez służbę zdrowia będzie prowadzić działania profilaktyczne poczynając od najmłodszych lat w kwestii wychowania zdrowotnego i utrwalania właściwych postaw zdrowotnych w zakresie ruchu.

Profesor J. Manson, szefowa Instytutu Profilaktyki Medycznej Klinki Harvarda – twierdzi że „regularny wysiłek fizyczny działa jak magiczna pigułka na wszelkie dolegliwości”.

Tissot w XIX wieku mówił: „Ruch może zastąpić wszystkie lekarstwa, ale żadne lekarstwo nie jest w stanie zastąpić ruchu”.

Ekspert medyczny N. Amosow mówi: „Człowiek posiada duże rezerwy. One umożliwiają mu dziesięciokrotne zwiększenie wydolności serca, płuc, czynności nerek, mocy mięśni. Jednak zachowanie wrodzonych rezerw możliwe jest dzięki stałym ćwiczeniom stosowanym w czasie całego życia”.

Wniosek jest jeden – na większość chorób najlepszym lekarstwem, jak i profilaktyką, w istocie jest ruch!





Zastosowanie terapii VAC w leczeniu ran

mgr MARIKA OGRODNIK

VAC – (Vacuum Assisted Closure) – terapia ta polega na trwałym wytworzeniu we wnętrzu rany ujemnego ciśnienia oraz zapewnieniu stałego, efektywnego drenażu z zachowaniem szczelnej izolacji od środowiska zewnętrznego oraz warunków atmosferycznych. Zadaniem specjalnych materiałów drenujących oprócz usuwania wydzieliny jest także przyspieszenie gojenia, ochrona tkanek przed urazem, zmniejszenie obrzęku, poprawa lokalnego ukrwienia oraz stymulacja forowania ziarniny.

W przypadku ran ostrych opatrunek może być zastosowany zaraz po urazie lub po wstępnym debridmencie. VAC przynosi pozytywne rezultaty w przypadku: oparzeń, złamań otwartych kości oraz przy znacznych ubytkach tkanek miękkich.

W odniesieniu do ran przewlekłych, takich jak:

- Odleżyny – pozwala na uniknięcie zabiegu lub ograniczenie rozległości zabiegu rekonstrukcyjnego, zmniejsza koszty oraz ogranicza potrzebę opieki pielęgniarskiej.
- Stopa cukrzycowa – przyspiesza gojenie, zmniejsza koszty oraz ogranicza potrzebę opieki pielęgniarskiej.
- Owrzodzenia żyłne – możliwość fiksacji przy pomocy VAC przeszczepu skóry na chirurgicznie opracowanym owrzodzeniu, bez konieczności pozostawiania w łóżku i ewakuacji kończyny, zmniejsza koszty oraz ogranicza potrzebę opieki pielęgniarskiej.
- Rany chirurgiczne i ich powikłania:
 - otwarty brzuch (następstwo martwiczego zapalenia powięzi, laparostomii, urazu lub zakażenia) – system VAC pozwala na uniknięcie stosowania szwów pod napięciem i implantowania siatek z tworzyw sztucznych, stale drenaż wysięk z możliwością oceny utraty płynów do przestrzeni trzeciej, zabezpiecza przed zakażeniem, zmniejsza ryzyko wystąpienia przepukliny brzusznej poprzez wtórne zamknięcie rany brzusznej bez napięcia;
 - zakażenia mostka – szybsze opanowanie zakażenia tkanek miękkich i kości umożliwia uniknięcie konieczności mobilizowania płatów mięśniowych. System ten stabilizuje części mostka, zmniejsza częstość zmiany opatrunku oraz dolegliwości bólowe;
 - stabilizacja przeszczepów skóry – stwarza idealne warunki do wygojenia skingraftów
 - zakażenia kości po wszczepie endoprotezy – drobiazgowo oczyszczenie rany;

- leczenie przetok chłonnych w pachwinach po zabiegach na naczyniach udowych.
- leczenie przetok jelitowych.

Przeciwwskazania w stosowaniu systemu VAC:

- Stosowanie na otwartą jamę stawu, wyekspozowanego naczynia, narządu mięszonego, czy zapalenia naczyniowego.
- Nie zaleca się też stosowania na zmiany złośliwe.

Powikłania i działania niepożądane systemu VAC:

- Ból który znika po przyzwyczajeniu się do ujemnego ciśnienia w obrębie opatrunku i/lub zastosowaniu leków przeciwbólowych.
- Bardzo rzadko brak skuteczności leczenia przy prawidłowej klasyfikacji do leczenia.

Literatura:

1. Oszkini G. red., Gabriel M. red., Pukacki F. red., Majewski W. red.; Leczenie ran trudno gojących się; Blackhorse; Warszawa 2006, 313–324.
2. Espense E.H., Nixon B. P., Lavery L. A., Armstrong D. G.; Use of subatmospheric (VAC) therapy to improve bioengineered tissue grafting in diabetic foot wounds; J Am Podiatr Med Assoc 2002, vol. 97, 395–397.
3. Wachal K., Łyszyk B., Kozak M.; Rola nowoczesnych opatrunków w leczeniu stopy cukrzycowej; Zakażenia 2010, 10 (3) 86–90.
4. Jawień A., Szewczyk M.T., Sztuka leczenia ran przewlekłych; Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2009, 4 151–152.
5. Jackson DM (1953) The diagnosis of the depth of burning. Br J Surg 40: 588–596.
6. Pauli A., Bruś – Chojnicka A., Kowala – Piaskowska I., Moller – Lisewska I., Niekorzystne ogólnoustrojowe następstwa zakażonych ran, zapobieganie i postępowanie terapeutyczne; Zakażenia 2012, 12 (2) 87–92.
7. Zieliński M., Majewski W.; Odleżyny – etiopatogeneza, profilaktyka i leczenie; Zakażenia 2009, 9 (2) 71–77.
8. Szewczyk M. T., Mościcka P., Cierzniańska K., Jawień A.; Opieka nad raną przewlekłą; Zakażenia 2010; 10 (5) 70–76.
9. <http://kikgel.com.pl/?cat=10>

mgr pielęgniarstwa Marika Ogrodnik
pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa
anestezjologicznego i intensywnej opieki.
USK nr 1 im. N. Barlickiego OKA11T

Sprawozdanie z XIX Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych

Po raz XIX mieliśmy zaszczyt uczestniczyć w Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych w dniach 22–24 stycznia 2015 roku w Częstochowie na Jasnej Górze.

Tematem przewodnim tym razem była „Rodzina – pocieszenie dla chorego czy powód do zmartwień”.

Patronat honorowy pełnił m.in. Arcybiskup Metropolita Częstochowski ks. dr Wacław Depo. Przewodniczącą Komitetu Naukowego była dr n. med. Jadwiga Pyszkowska a Przewodniczącą Komitetu Organizacyjnego mgr Izabela Kaptacz. Program konferencji był tak skonstruowany, aby podczas rozważań nad aspektami obaw i trosk rodzin ukazać blaski i cienie codzienności funkcjonowania pacjenta nieuleczalnie chorego i jego rodziny, wskazać istotne aspekty do zrozumienia problemów w rodzinie chorego oraz znaczenia wsparcia i profesjonalnej opieki. Swoją obecnością zaszczytili nas Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia dr Beata Cholewka, Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych mgr Teresa Kuziara, Prezes Forum Hospicjów Polskich dr Jolanta Stokłosa, Wiceprzewodniczący Rady Miasta Częstochowy Artur Gawroński, Przewodniczący Śląskiej Izby Lekarskiej dr n. med. Jacek Kozakiewicz, Sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie mgr Barbara Płaza.

Podczas konferencji referaty wygłosili i warsztaty poprowadzili eksperci i praktycy zaangażowani w ruch hospicyjny i opiekę paliatywną. W konferencji wzięło udział 250 uczestników i niemal 40 prelegentów.

Poruszana tematyka dotyczyła aspektów medycznych, bólu i innych objawów towarzyszących chorobie, aspektów społecznych, bioetycznych, psychologicznych i duchowych chorych i ich rodzin, dziecka w rodzinie z chorobą, form pomocy i wsparcia oraz komunikacji interpersonalnej.

Wykład inauguracyjny na temat „Kat w domu – czyli o molestowaniu moralnym w rodzinie” wygłosiła prof. dr hab. n. med. Jadwiga Joško-Ochojska, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Wykład programowy na temat „Proces osierocenia: przebieg – możliwości pomocy” wygłosiła prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko.

Podczas konferencji odbyły się bardzo ciekawe warsztaty. Każdy mógł wybrać najbardziej go interesujący. Były to warsztaty na temat:

- „Lęk w kontekście procesów poznawczych”
- „Pomoc pacjentowi w zakresie planowania działania”
- „Trudne przypadki czy trudności moje”
- „Dziecko pacjenta u kresu życia – źródło nadziei czy powód do lęku”
- „Sytuacje trudne, sporne, konfliktowe w relacjach pielęgniarka – bliscy chorego, możliwości zapobiegawcze, sposoby rozwiązania – analiza przypadku,”
- „Lęk, strach czy przyjaźń?”
- „Odpady medyczne – obowiązki związane z wytwarzaniem odpadów medycznych w podmiocie leczniczym”

Po warsztatach wymieniliśmy się informacjami i własnymi przeżyciami, co do kolejnych warsztatów za rok – na pewno się sprawdzą i są potrzebne.

Program konferencji jak co roku przewidywał Walne Zebranie Członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej. Z ważnych spraw było ustalenie daty i miejsca oraz prelegentów na I Kongres Pielęgniarek Opieki Paliatywnej.

Na pewno jednym z ciekawszych tematów konferencji, który wzbudził wiele emocji był temat dr n. o zdrowiu Beaty Cholewki dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych.

„Nowe uprawnienia dla pielęgniarek i położnych wynikających z przepisów zawartych w art. 15 a i 15 b ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Pielęgniarstwo zawód regulowany – na wspólnotowym rynku pracy.

Z uzyskanie szerszych uprawnień i kompetencji zawodowych.

Kształcenie zawodowe przed dyplomowe na poziomie szkoły wyższej.

Działalność naukowa i zdobycie stopni naukowych.

Poruszony był temat (w ramach zwiększonych kompetencji) wypisywanie recept przez pielęgniarki i położne. Swoimi wnioskami można podzielić się na stronie Ministerstwa Zdrowia – zapraszamy do dyskusji.

Atmosfera konferencji sprzyjała nawiązywaniu nowych kontaktów a bliskość Matki Boskiej Częstochowskiej napędziła nowymi siłami duchowymi i wzmocniła naszą motywację do dalszej realizacji idei hospicyjnej.

Podziękowania za oddelegowanie jako członka Komisji Opieki Paliatywno-Hospicyjnej dla Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

mgr Elżbieta Ruta

Pani **Elżbiecie Piątkowskiej** – Pielęgniarce Koordynującej Pododdziału Leczenia Udarów Mózgu – w związku z przejściem na emeryturę składamy podziękowania za wiele lat wspólnej pracy. W następnym etapie życia życzymy radości i pomysłności, dużo zdrowia, spokoju oraz realizacji wszystkich zamierzonych planów.

Pielęgniarka Naczelna wssz. im. M. Pirogowa w Łodzi
pielęgniarki, lekarze oraz personel pomocniczy Pododdziału Leczenia Udarów

Serdecznie dziękujemy naszemu wykładowcy Pani mgr **Beacie Barwińskiej** za bardzo interesujące wykłady z pielęgniarstwa ratunkowego. Sposób przekazania wiedzy i przygotowanie merytoryczne zasługują na najwyższe słowa uznania. Zagadnienia poruszane na wykładach mogły być dodatkowo zgłębiane poprzez liczne pytania uczestników. Pani mgr Beata Barwińska łączy wiedzę teoretyczną z długoletnią praktyką zawodową, dzięki czemu przekazywane treści poparte były zawsze licznymi przykładami z życia

wdzięczni uczestnicy kursu kwalifikacyjnego z pielęgniarstwa ratunkowego
organizowanego przez Akademię Zdrowia

Sz. P.

dr. n. med. Wiesław Chudzik
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM
Centralny Szpital Weteranów

Dnia 29 listopada 2014 r. Pogotowie Ratunkowe przywiozło w ciężkim stanie mego męża Stanisława Chojnowskiego do CKD – Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM cws przy ul. Pomorskiej 251. Od pierwszej chwili moim mężem z wielkim zaangażowaniem zajął się personel medyczny. Szybka i profesjonalna pomoc medyczna pozwoliła na unormowanie pracy układu krwionośnego chorego. Niestety, innych skutków choroby nie udało się usunąć i mąż mimo ogromnych wysiłków lekarzy i pielęgniarek po kilku dniach zmarł. Zaangażowanie pracowników CKD – Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej w ratowaniu mojego męża zasługuje na wyróżnienie i jest godne pochwały.

Tą drogą pragnę im serdecznie podziękować.

Dziękuję kierownikowi Kliniki prof. dr hab. n. med. Marzennie Zielińskiej oraz prof. dr hab. n. med. Krzysztofowi Chizińskiemu. Szczególne słowa uznania i wyrazy najgłębszego szacunku kieruję do lekarza prowadzącego dr n. med. Anny Ledakowicz-Polak oraz adiunkta Kliniki dr n. med. Włodzimierza Koniarka.

Gorące podziękowania składam również Pani oddziałowej mgr **Izabeli Galczak** oraz wszystkim pielęgniarkom Kliniki za życzliwość, zrozumienie i wspaiałe podejście do pacjenta i okazaną pomoc.

Dziękując personelowi szpitalnemu tej Kliniki za zawodowy profesjonalizm i ludzką bezinteresowną empatię, wyrażam nadzieję, iż każdy z nas, jeśli będzie wymagał pomocy medycznej również trafi do tak wspaiałych specjalistów.

Elżbieta Chojnowska z Rodziną

Do wiadomości:

Narodowy Fundusz Zdrowia – Łódzki Oddział Wojewódzki

Panaceum – Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi

Biuletyn – Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi



Ogólnopolski Konkurs Pielęgniarka Roku 2014 – II etap wojewódzki w Łodzi

dr AGNIESZKA GŁOWACKA

Konkurs „Pielęgniarka Roku” organizowany już od 2005 roku przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, jest kontynuacją tradycji olimpiad pielęgniarstwa i turnieju o „Złoty Czepek Pielęgniarski”. Jest to wydarzenie promujące zawód pielęgniarki oraz wpływające na kształtowanie pozytywnego wizerunku pielęgniarki w społeczeństwie.

Konkurs składa się z trzech etapów: I etap – wyłonienie uczestników w poszczególnych podmiotach leczniczych; II etap – eliminacje w oddziałach wojewódzkich PTP; III etap – ocena projektów indywidualnych.

Pierwszy etap konkursu „Pielęgniarka Roku 2014” zakończył się w dniu 31 stycznia 2015 r. W tym etapie kadra kierownicza oceniała postawę etyczną pielęgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentami, ich zaangażowanie w pracę i w działalności na rzecz środowiska pielęgniarstwa.

W dniu 27 lutego 2015 r. odbył się II etap – wojewódzki – „Konkursu Pielęgniarka Roku” w naszym województwie. Uczestniczyło w nim 11 pielęgniarek (spośród 13 zgłoszonych) pracujących w SP ZOZ MSW w Łodzi, Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 4 im. M. Konopnickiej i w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Uczestniczki rozwiązywały test wiedzy teoretycznej i praktycznej z zakresu ogólnej wiedzy zawodowej, zasad etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, historii zawodu oraz działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Pytania ocenione

zostały jako trudne, do rozwiązania niektórych konieczna była specjalistyczna wiedza z zakresu np. pielęgniarstwa psychiatrycznego. Komisja konkursowa II etapu obradowała w składzie dr Dorota Kilańska, dr Anna Cisińska, mgr Katarzyna Olczak, przewodniczyła dr Agnieszka Głowacka. W wyniku postępowania konkursowego, zgodnie z regulaminem, jury wyłoniło jedną laureatkę II etapu konkursu, którą została Pani Lidia Jacczyk z MSWiA w Łodzi. Laureatce gratulujemy i obiecujemy wspierać w przygotowaniach do trzeciego etapu „Konkursu Pielęgniarka Roku 2014”.

W bieżącym roku III etap – ogólnopolski – konkursu odbędzie się w dniu 23 kwietnia na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym pod patronatem JM Rektora w UM. Polegać on będzie na ocenie projektów indywidualnych finalistów etapu wojewódzkiego przez Główną Komisję Konkursową PTP. Tematem tej edycji konkursu jest „Postęp w medycynie – pielęgniarki wobec dylematów etycznych XXI wieku”.

Finalistka konkursu „Pielęgniarka Roku” zostanie uhonorowana pucharem przechodnim, przekazywanym do macierzystego podmiotu leczniczego. Laureatce i wszystkim uczestniczkom II etapu konkursu serdecznie dziękujemy za wzbogacającą wiedzę i umiejętności współzawodnictwo.

dr Agnieszka Głowacka
Wiceprzewodnicząca Zarządu Oddziału
Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Oddział w Łodzi

Przyszłość pielęgniarstwa

mgr ELŻBIETA MIELCZAREK-PANKIEWICZ



W nawiązaniu do interesującego artykułu Bartłomieja Morzyszka pt.: „Quo vadis pielęgniarstwo?”, zamieszczonego w grudniowym numerze Biuletynu, chciałabym dołączyć swój głos w ewentualnej dyskusji nt. naszego środowiska zawodowego.

Czym jest pielęgniarstwo?

Pielęgnowanie, czyli troszczenie się, sprawowanie opieki nad dziećmi, osobami słabszymi, chorymi, jest znane od zarania ludzkości. Na przestrzeni dziejów pielęgnowaniem zajmowały się kobiety, szamani, kapłani, zakonnicy, a nawet osoby podejrzanej konduity (np. przestępcy). Od 1860 roku, kiedy z inicjatywy Florencji Nightingale powstała w Londynie pierwsza świecka zawodowa szkoła dla pielęgniarek, można mówić o profesjonalnym pielęgniarstwie.

Sama jego prekursorka twierdziła, że pielęgniarstwo to zarówno trudna nauka, jak i najpiękniejsza ze sztuk – sztuka dbania o komfort psychiczny i fizyczny chorego, do czego zdolna jest tylko dobra i mądra kobieta. I liczne pokolenia pielęgniarek dowiodły swojej olbrzymiej roli zawodowej w opiece nad chorymi, niepełnosprawnymi, rannymi czy umierającymi pracując dla nich niemal w każdych warunkach/środowisku i zakątku świata.

Pielęgniarstwo jest obecnie definiowane jako teoretyczno-praktyczna dziedzina wiedzy/nauki, kształcenia/edukacji; element systemu ochrony zdrowia; zawód i wreszcie sztuka – umiejętność zaspokajania potrzeb bio-psycho-społecznych, a także kulturowych i duchowych jednostek w celu zapewnienia im dobrostanu w zdrowiu, chorobie czy podczas umierania.

Wykonawczynią zawodu pielęgniarstwa poza tak zwanym powołaniem – potrzebą i satysfakcją z niesienia pomocy potrzebującym – muszą być silne/odporne psycho-fizycznie, uzdolnione nie tylko manualnie, ale także obdarzone licznymi przymiotami/zaletami, w tym – empatią, wrażliwością, wysokim poczuciem odpowiedzialności (w związku z ochroną życia i zdrowia człowieka), spostrzegawczością itd. itp. Wymagań wobec przedstawicielek tego zawodu społecznego zaufania jest mnóstwo, co można podsumować jednym słowem: są to/ powinny być „Anioły”. Odpowiednio do licznych oczekiwań rozrastają się zadania pielęgniarek. Poza powinnościami czysto opiekuńczymi, skoncentrowanymi na zaspokajaniu wszystkich potrzeb człowieka (w tym fizjologiczno-higienicznych), obecne obowiązki pielęgniarek to udział w coraz bardziej skomplikowanych czynnościach diagnostycznych, leczniczych,

rehabilitacyjnych, edukacyjno-zdrowotnych, organizacyjno-kierowniczych, badawczo-naukowych. Wydłuża się i komplikuje zatem droga osoby zainteresowanej zdobyciem tego zawodu.

Obecne pielęgniarstwo

Współczesna pielęgniarka to absolwentka tylko wyższej uczelni (wskutek zmian w kształceniu wprowadzonych od 2000 roku) na poziomie licencjackim i/lub magisterskim (obecnie w kraju jest około 10 tysięcy magistrów pielęgniarstwa, nie licząc pielęgniarek po innych studiach niż pielęgniarstwie), po 5-letnich studiach. Wśród dzisiejszych pielęgniarek nie brak także samodzielnych pracowników naukowych, w tym pełniących funkcje dziekanów wydziałów pielęgniarstwa uniwersytetów medycznych.

Obecne pielęgniarstwo obwarowane jest licznymi regulacjami prawnymi, dotyczącymi kształcenia przed – i podyplomowego, uzyskiwania prawa wykonywania zawodu, wykonywania różnego rodzaju zadań i wymaganych w związku z tym dodatkowych kwalifikacji. Sam dyplom pielęgniarstwa już nie wystarcza – konieczne jest ukończenie różnych i licznych kursów dokształcających, specjalistycznych, kwalifikacyjnych czy specjalizacyjnych, a nawet studiów podyplomowych, by uzyskać uprawnienia do wykonywania konkretnych czynności.

Po wieloletniej, i obecnie ustawicznej, edukacji dyplomowana pielęgniarka teoretycznie jest pracownikiem samodzielnym, niezależnym, współpracującym z wielodyscyplinarnym zespołem medycznym.

Tyle teoria, w tym przepisy prawne, choćby – nowoczesna ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, w której ostatnio do licznych w sumie obowiązków (ale mniej licznych uprawnień), dopisano obowiązek i prawo do ordynowania niektórych leków.

A jak wygląda praktyka? Obecnie w kraju zarejestrowanych jest przez samorząd zawodowy (okręgowe izby pielęgniarek i położnych) ponad 300 000 pielęgniarek, z tego kilkadziesiąt tysięcy mniej jest zatrudnionych w różnorodnych miejscach – od szpitali/klinik poprzez przychodnie, uczelnie, sanatoria, domy pomocy społecznej, hospicja, na prywatnej praktyce

kończąc. W województwie łódzkim mamy zarejestrowanych blisko 18 tysięcy pielęgniarek i położnych (tych ostatnich – około 2 tysiące), z czego poniżej 12 tysięcy osób pracuje.

Liczba pielęgniarek przypadających na tysiąc mieszkańców wynosi w naszym kraju około 6 i wskaźnik ten jest dwu-trzykrotnie niższy (z wyraźną tendencją malejącą) niż w innych (zachodnich) krajach. Pielęgniarki nie tylko, że są obecne wszędzie tam, gdzie konieczna jest opieka nad osobami jej potrzebującymi; one są przy nich stale, całą dobę, pełniąc rolę gospodyń oddziałów szpitalnych i zakładów opiekuńczo-leczniczych. Jak nikt inny, dobrze znają stan chorych, rozumieją ich potrzeby i realizują rozliczne zadania, często wymagające niemal ponadludzkiej wytrzymałości.

Przeciętna polska pielęgniarka jest kobietą ponad 45-letnią, po licznych kursach podyplomowych, ze średnią płacą (znacznie niższą od średniej krajowej), wynoszącą od 1800 zł brutto do 3000 zł brutto u doświadczonej pielęgniarki w wieku przedemerytalnym.

Nic dziwnego, że pielęgniarek systematycznie (od 2000 roku) ubywa, jeśli ich trzy-czterokrotnie więcej przechodzi na emeryturę niż rozpoczyna pracę, kiedy spośród kilku tysięcy (6–8) corocznych absolwentek (w tym stu kilkudziesięciu w Łódzkiem) – 30 proc. z nich nie podejmuje pracy w zawodzie lub go porzuca, między innymi często z powodów finansowych, złych warunków pracy (oszczędzanie zarządzających zakładami opieki zdrowotnej kosztem liczby personelu i warunków BHP) oraz nasilających się problemów zdrowotnych między innymi wskutek wypalenia/przemęczenia zawodowego, chorób układu ruchu/kręgosłupa (efekt dźwignia pacjentów), alergii (na lateks, leki i środki dezynfekcyjne) czy zakażeń (na przykład wirusowego zapalenia wątroby, gruźlicy, a nawet AIDS). Część pielęgniarek emigruje (bo obecnie ma takie prawo) za granicę, gdzie jest poszukiwanym personelem, w dodatku satysfakcjonującym tam wynagradzanym. Pozornie obserwowaną dostateczną liczbę pielęgniarek w zakładzie „ratuje” ich „wieloletniość”, czyli podejmowanie dodatkowej pracy, do której zmuszają upokarzająco niskie pensje; pracy, która odbywa się kosztem pielęgniarstwa rodzin (dzieci), zdrowia i bezpieczeństwa zarówno ciężko pracujących pielęgniarek, jak i ich pacjentów, zaniedbywanych z powodu braku i permanentnego zmęczenia.

Istnieje w Polsce ogromny kryzys pielęgniarstwa, którego jednym z powodów może być jego ponad 90-proc. sfeminizowanie i być może dlatego problemy tego zawodu są niedostrzegane i nierozumiane przez polityków/decydentów, wśród których nadal niewiele jest kobiet, a tym bardziej pielęgniarek. A jednak prestiż społeczny zawodu rośnie (w odróżnieniu od malejącego poważania lekarzy), choć cynicznie mówiąc: „Co komu po tytule, gdy pusto w szkatule?”... Problemom finansowym pielęgniarek dodatkowo towarzyszą dylematy etyczno-moralne, spowodowane brakiem personelu, fatalnymi warunkami pracy, wzrastającą liczbą starych, przewlekłych chorych i „roszczeniowych” pacjentów oraz mnożące się odpowiedzialne i coraz bardziej skomplikowane zadania związane z postępem nauk i technologii medycznych.

Co więc z przyszłością pielęgniarstwa?

Pielęgniarstwo jest niedoceniane, jeśli mierzyć satysfakcją i prestiżem zawodowy wysokością dochodów, tak bardzo niezależnych od pielęgniarstkich kwalifikacji, predyspozycji osobowościowych i ciężkiej oraz odpowiedzialnej pracy. Niektórzy są gotowi twierdzić, że można pielęgniarki zastąpić. Są przecież lekarze (w liczbie 120 tysięcy, w tym 80 tysięcy pracujących bezpośrednio z chorymi, którzy – według społeczeństwa – są nieźle wynagradzani); opiekunowie medyczni (czy aby dostatecznie wykwalifikowani i predysponowani do pracy z coraz liczniejszymi starymi i chorymi ludźmi?); rehabilitanci (z reguły traktujący pacjentów mniej holistycznie niż pielęgniarki); psycholodzy (którzy jednak nie zastąpią pielęgniarek w czynnościach zabiegowych) czy wreszcie zapracowani i nieliczni (niż demograficzny, emigracja młodszych pokoleń) członkowie rodziny chorego, którzy mogliby zastąpić pielęgniarki. Pytanie: w jakim stopniu i jak długo? W końcu chory trafia do zakładu opiekuńczego lub umiera w samotności, opuszczony i zaniedbany – dobrze, gdy we własnym, choćby pustym, domu... Jednak czarny scenariusz na przyszłość, to: cierpienie i „umieranie pod płotem”. Dlaczego? Bo są coraz liczniejsi starzy i chorzy, bezradni/niesamodzielnymi, często całkowicie samotni (nieliczne jednopokoleniowe rodziny, wdowieństwo, małodzieństwo, emigracje młodszych, pracujący do coraz wyższego wieku emerytalnego) lub bez mieszkania i środków do życia (bezrobocie, niskie płace, głodowe renty i emerytury).

I znikąd pielęgniarek...

Seniorki-emerytki (a nawet młodsze pielęgniarki) umierają lub opiekują się własną rodziną, te w średnim wieku ciężko pracują („harują” za kilka/kilkanaście osób), a młodsze pielęgniarki albo nie ma, albo z nielicznych absolwentek niewiele podejmuje tak nisko opłacaną i często niewdzięczną pracę w zawodzie, albo wyjeżdżają z kraju „za chlebem”. I gdzie są te „Anioły” – ciepłe, cierpliwe, opiekuńcze, wrażliwe, wspierające, choćby dobrym słowem, terapeutycznym dotykiem dłoni, uśmiechem, umiemyce nawiązywać i podtrzymywać relacje międzyludzkie, słowem – jednak niezastąpione pielęgniarki-kobiety?

Czy i jakie są środki zaradcze wobec kryzysu pielęgniarstwa? Owszem, są: 1. Szacunek wobec człowieka i jego pracy. 2. Niwelowanie/łagodzenie rażących dysproporcji w uposażeniu pracowników, w tym wśród samych medyków (choćby lekarzy, oficjalnie zarabiających obecnie od 4 do 25 i więcej tysięcy złotych miesięcznie). 3. Zachęcanie młodzieży poprzez etyczne wychowanie, kształcenie, propagowanie oraz docenianie (w tym finansowe) zawodu i zachęcanie do podejmowania studiów pielęgniarstkich; 4. Intensywne kształcenie pielęgniarek, w tym w specjalnościach geriatrycznych, onkologicznych i temu podobnych. Inaczej: sami sobie zgotujemy los według powyższego pesymistycznego (i oby tylko teoretycznego) scenariusza.

mgr piel. Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz
spec. medycyny pracy i pielęgniarstwa
w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących,
członek zarządu PTP i Kola Emerytek przy OIPiP w Łodzi



W dniu 19 stycznia 2015 r.
tak niesprawiedliwie wcześniej odeszła od nas pełnić wieczny dyżur

śp. Izabela Pietrzak

Żyła bardzo intensywnie łącząc obowiązki rodzinne z licznymi zajęciami zawodowymi.
Przez lata pracy w III Szpitalu Miejski im. K. Jonschera w Łodzi dała się poznać
jako osoba niezwykle sumienna, koleżeńska i prawa.

„Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią im się płaci...” (W. Szymborska)

Izo, zawsze będziemy o Tobie pamiętać i zawsze będziesz z nami

Twoje Koleżanki i Koledzy



Zgasłaś nam jak świecy płomyk, bez buntu, bez słowa skargi, bezbronna.
Samotna w tej ostatniej drodze i tylko smutek bolesny,
i pamięć żywa o Tobie w nas pozostanie,
bo zawsze myślami będziemy przy Tobie.

W dniu 18 lutego 2015 r. w wieku pięćdziesięciu czterech lat
odeszła od nas nasza Koleżanka

śp. Grażyna Nowacka

Grażynko, trzydzieści cztery lata pracowałaś w zawodzie pielęgniarki pomagając innym.
Zawsze radosna, pełna optymizmu, przyjazna nam i naszym pacjentom.
Pozostałaś w naszych sercach i tylko w naszym życiu jest dużo pustego miejsca,
które tak trudno wypełnić.

Żegnają Cię Koleżanki z oddziału wew. „A”
USK WAM Centralnego Szpitala Weteranów na Stokach