

## Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

### Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

Agnieszka Kałużna  
dyżuruje w środy w godz. 16.00–18.00

### Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

### Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

Bożena Pawłowska (położna)

### Sekretarz ORPiP w Łodzi

Maria Kowalczyk

### Skarbnik ORPiP w Łodzi

Maria Cianciara

### Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Małgorzata Pniak  
dyżuruje w I i IV środę miesiąca  
tel. 42 633 23 94

### Wiceprzewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

dyżuruje w I i III czwartek miesiąca  
w godz. 15.00–17.00

### Redaktor Naczelny „Biuletynu”

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, 11 Oddział w Łodzi  
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

### Prawo wykonywania zawodu

poniedziałek: dzień bez interesantów; wtorek: 10.00–17.45  
środa, czwartek 8.00–15.45; piątek: dzień bez interesantów  
tel. 42 633 32 13

### Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00  
tel. 42 639 92 62

### 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** 7

**PRAKTYKA ZAWODOWA** 8

**GŁOS ZE ŚRODOWISKA** 14

**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: Joanna Gąsiorowska

Bank Zdjęć Photogenica: okładka, ss. 8, 11, 19

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

**I posiedzenie Prezydium ORPiP  
28 grudnia 2016 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Dokonano wykreślenia wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniach specjalizacyjnych – 11 osobom, kursie kwalifikacyjnym – 7 osobom. Kwota przyznanych dofinansowań wyniosła 19 591 zł. Odmówiono 1 osobie przyznania dofinansowania ze względów regulaminowych – otrzymanie dofinansowania w 2015 r. do kursu specjalistycznego.
- ▶ Przyznano 3 zapomogi losowe w wysokości: 2 × 2500 zł i 1 × 2000 zł
- ▶ Zatwierdzono:
  - powołano składy osobowe komisji kwalifikacyjnej i komisji egzaminacyjnej dla 2 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w zakładach,
  - zmianę zakupu drukarki do działu kształcenia, ze względu na brak w sprzedaży uprzednio zatwierdzonego,
  - podjęto 7 decyzji w sprawach pracowniczych biura OIPiP, zgodnie decyzjami i upoważnieniem ORPiP z dnia 18 grudnia 2015 r.
- ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do komisji egzaminacyjnej dla 1 kursu specjalistycznego u 1 organizatora kształcenia podyplomowego w Łodzi.

**II posiedzenie ORPiP  
13 stycznia 2016 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.

- ▶ Wydano nowy dokument zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarcę.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki wykonywanej w przedsiębiorstwie.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Dokonano zmiany we wpisie w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarek wykonywanych w przedsiębiorstwie.
- ▶ Skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej – 1 pielęgniarkę oraz wydano zaświadczenie o odbytym przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarki łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat – 1 pielęgniarcę, zgodnie z Programem 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.
- ▶ Przyznano 1 zapomogę losową w wysokości 1000 zł.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniach specjalizacyjnych – 24 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 3 osobom. Kwota przyznanych dofinansowań wyniosła 40 713,50 zł. Odmówiono 2 osobom przyznania dofinansowania ze względów regulaminowych – wnioski wpłynęły po regulaminowym terminie.
- ▶ Zatwierdzono:
  - zmiany w planie szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w 2016 r. – uzupełniony plan w zakresie realizowanych kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych w zakładach. Aktualny plan szkoleń i kursów na 2016 rok dostępny na stronie internetowej OIPiP w Łodzi oraz w biurze OIPiP.
  - kadrę dydaktyczną dla 8 szkoleń specjalizacyjnych, 1 kursu kwalifikacyjnego i 2 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w zakładach oraz w OIPiP.
  - powołano zespół ds. wniosków złożonych odznaczeń samorządu pielęgniarek i położnych „Zasłużony dla samorządu pielęgniarek i położnych”
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do udziału w 71 rocznicy spalenia więźniów Radogoszcza i zakończenia okupacji niemieckiej w Łodzi.

oprac. mgr Maria Kowalczyk  
Sekretarz ORPiP w Łodzi

**XXXIII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi odbędzie się  
w dniu 3 marca 2016 r. (czwartek)  
w Urzędzie Miasta Łodzi  
ul. Piotrkowska 104, budynek B, Duża Sala Obrad, II piętro**

**Informacja o wysokości opłaty za wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność  
leczniczą, zmiany w rejestrze oraz wysokość składki członkowskiej na 2016 rok  
dla osób prowadzących działalność gospodarczą**

Opłata za wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wynosić będzie – 83,00 zł  
Opłata za zmianę w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wynosić będzie – 41,50 zł  
Wysokość składki za miesiąc styczeń – 42,80 zł natomiast od lutego do grudnia 2016 r. – 32,10 zł

**Komunikat o obowiązku aktualizowania danych**

Przypominamy o obowiązku aktualizowania danych, który nakłada na wszystkich członków samorząd art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174 poz. 1039). W myśl przytoczonego przepisu wszystkie pielęgniarki i położne wpisane do rejestru, zobowiązane są do niezwłocznego zawiadomienia okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, nie później jednak niż w terminie 14 dnia od dnia ich powstania.

Powyższe informacje należy zgłaszać na piśmie do Działu Rejestru (pok. nr 5).

W przypadku wątpliwości prosimy o kontakt telefoniczny – 42 633 32 13.

**Komunikat**

Komisja Pielęgniarek Medycyny Szkolnej działająca w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi serdecznie zaprasza do współpracy pielęgniarki zatrudnione w dziedzinie pielęgniarstwa nauczania i wychowania.

Osoby zainteresowane proszę o kontakt pod nr tel. 42 633-69-63 wew. 19.



## VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

W dniach 18–20 stycznia 2016 r. odbył się w Warszawie VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi reprezentowali Delegaci wybrani na XXXII Okręgowym Zjeździe. Krajowy Zjazd rozpoczął się częścią oficjalną podczas której przedstawiono podsumowanie pracy Naczelnych organów w VI Kadencji. Na zjeździe Prezes Naczelnej Rady odznaczyła zasłużone pielęgniarki i położne Odznaką Zasłużony dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych, z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi srebrną odznaką otrzymała Przewodnicząca ORPiP Agnieszka Kałużna. Po części oficjalnej rozpoczęła się część sprawozdawczo-wyborcza zjazdu, gdzie po przekazaniu sprawozdań z pracy wszystkich naczelnych organów dokonano wyborów: Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Przewodniczącego Naczelnego Sądu oraz Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej. Decyzją delegatów VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych:

- Prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych VII kadencji została – Pani Zofia Małas z Świętokrzyskiej OIPIP
- Przewodniczącą Naczelnej Komisji Rewizyjnej wybrana została – Pani Kamilla Gólc z OIPIP w Bydgoszczy
- Przewodniczącą Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych została – Pani Beata Rozner z OIPIP w Lublinie
- Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych została – Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk z OIPIP w Lublinie.

W drugim dniu Zjazdu dokonano wyboru członków poszczególnych organów. Delegaci OIPIP w Łodzi wybrani zostali do:

- Naczelnej Komisji Rewizyjnej – Jolanta Arendar-czuk
- Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych – Agnieszka Nowak, Sebastian Kuźmiński, Elżbieta Krokocka
- Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności zawodowej – Jolanta Łoś.

Stanowiska i decyzje podjęte na VII Krajowym Zjeździe opublikujemy w najbliższym numerze biuletynu. (J.G.)



W dniu 13 stycznia 2016 r. odbyło się pierwsze w nowej kadencji spotkanie Członków nowo wybranych organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, Pielęgniarek Naczelnych, Przełożonych, Konsultantów wojewódzkich w dziedzinach pielęgniarstwa, Pełnomocników Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, przedstawicieli komisji problemowych, koła emerytek, pracowników biura. Spotkanie otworzyła Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Agnieszka Kałużna informując uczestników spotkania o śmierci zasłużonej pielęgniarki Ewy Skiby, minuta ciszy uczest-



## Pierwsze w VII kadencji spotkanie w OIPIP Łodzi

nicy uczcili jej pamięć. Pani Przewodnicząca przedstawiła Przewodniczących Organów oraz członków ORPiP VII kadencji wybranych na XXXII Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w dniach 23–24 listopada 2015 r. Poinformowała o najbardziej istotnych sprawach i problemach dotyczących środowiska pielęgniarek i położnych m.in. np. o wypisywaniu recept przez pielęgniarki oraz o zbliżającym się VII Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych. Sprawy organizacyjne spotkań w nowej kadencji pełnomocników, kadry kierowniczej, konsultantów, komisji problemowych przedstawiła Sekretarz ORPiP Maria Kowalczyk poinformowała, że w najbliższym czasie zostanie dopracowany i opublikowany harmonogram spotkań.

Spotkanie zakończyło się w miłym przyjacielskim tonie, na dyskusji między uczestnikami, wzajemnym poznaniu się. Przewodnicząca Agnieszka Kałużna podziękowała wszystkim uczestnikom spotkania za przybycie życząc pomyślności i wszystkiego dobrego w Nowym Roku 2016. (J.G.)



# Planowane terminy posiedzeń i spotkań w 2016 r.

miejsce: OIPIP w Łodzi, ul. Emilii Plater 34

Nazwa organu, komisji	Godz.	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień
ORPiP	09.30	13	16	–	26	–	21	–	–	20	–	22	14
Prezydium ORPiP	13.00	28	29	15	5	10	1	12	9	1	11	3	6
Pełnomocnicy	11.30	13	18	–	28	–	23	–	–	22	–	24	14
Kadra Kierownicza	13.30	13	–	17	–	–	23	–	–	–	13	–	14
Komisja socjalna	14.30	13	23	8	26	31	–	–	23	–	4	29	14
Komisja prawa i legislacji (wg potrzeb)	15.00	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	14
Komisja położnych	15.00	13	23	29	26	31	28	–	–	27	25	29	14
Komisja pielęgniarek rodzinnych	14.00	19	16	15	19	17	21	–	–	20	18	15	14
Komisja pielęgniarek epidemiologicznych	12.00	–	25	31	–	19	30	–	–	29	27	24	14
Komisja pielęgniarek psychiatrycznych		czasowo zawieszona											
Komisja medycyny szkolnej	13.30	26	–	15	19	17	21	–	–	20	–	15	14
Komisja opieki paliatywno-hospicyjnej	14.30	–	–	3	–	–	2	–	–	7	–	7	14
Komisja opieki długoterminowej	13.00	14	25	17	21	19	23	–	–	22	20	24	14
Komisja kształcenia, promocji i rozwoju zawodu	15.30	–	3	–	6	–	1	–	–	7	–	2	14
Komisja warunków pracy i zatrudnienia	13.00	–	–	21	–	–	20	–	–	19	–	–	14
Zespół ds. Pielęgniarstwa w zakresie endoskopii		brak wskazanych terminów przez Zespół											
Koło Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych (1 poniedziałki m-ca)	11.00	11	1	7	4	9	6	–	–	5	3	7	14
XXXIII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi	9.00	–	–	03.03.2016 1 czwartek	–	12.05.2016 25-lecie samorządu	–	–	–	–	–	–	14

## § Nowe akty prawne

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2015 r.

**w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Transplantacyjnej**

Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1484 i 1890)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2015 r.

**w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wpis lub posiadających wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej**

Na podstawie art. 33a ust. 4 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (Dz. U. z 2014 r. poz. 1099 oraz z 2015 r. poz. 1505)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2015 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców**

Na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2015 r. poz. 155, z późn. zm.3)

Ustawa z dnia 16 grudnia 2015 r.

**zmieniająca ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2015 r.

**w sprawie badań na zawartość alkoholu w organizmie**

Na podstawie art. 47 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2015 r. poz. 1286, 1893 i 1916)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2015 r.

**w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej substancji czynnych**

Na podstawie art. 51b ust. 13 pkt 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.2)

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2015 r.

**w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.

**w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania**

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, z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.

**w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych**

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.

**w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego**

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r.

**w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi**

Na podstawie art. 13 ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. z 2015 r. poz. 139 i 1893)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r.

**w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne**

Na podstawie art. 15a ust. 8 pkt 3–6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.

**w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 42k ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych**

Na podstawie art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.)

# Młodzieńczy toczeń rumieniowaty. Pielęgnowanie pacjenta

lic. ANNA ŚLUSARCZYK  
dr n. med. AGNIESZKA GŁOWACKA



**D**la każdego dziecka choroba przewlekła jest dotkliwym przeżyciem wywołującym negatywne emocje. Jedną z takich chorób jest młodzieńczy toczeń rumieniowaty układowy (MTRU/ang. SLE – systemic lupus erythematosus).

SLE jest wieloogniskowym procesem chorobowym, manifestującym się objawami ze strony wielu układów. Toczeń należy do grupy chorób tkanki łącznej, jednych z najbardziej obniżających jakość życia pacjenta. Sam proces chorobowy ale i konieczność częstych hospitalizacji ma negatywny wpływ przede wszystkim na sferę psychiczną dziecka jak i jego rodziców. Niestety, jest niewiele informacji dotyczących chorób tkanki łącznej a zwłaszcza problemów pielęgnacyjnych dziecka i sposobów ich zaspokajania. Dlatego aby poszerzyć wiedzę na ten temat w roku akademickim 2014/2015 przeprowadzone było badanie, które miało na celu określenie: jakie są najczęstsze problemy pielęgnacyjne u dziecka z MTRU, a także zaplanowanie najbardziej efektywnego postępowania pielęgnacyjnego w przypadku dziecka z MTRU. W badaniu brały udział dzieci hospitalizowane na oddziale kardiologii i reumatologii dziecięcej z rozpoznaną chorobą tkanki łącznej. Do badania wykorzystano zmodyfikowany kwestionariusz wywiadu pielęgniarskiego, poddano analizie dokumentację medyczną, w tym historie choroby pacjentów. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetyki UM [nr RNN/843/14/KB], dyrektora szpitala USK nr 4, ordynatora oddziału oraz pisemną zgodę pacjenta i jego rodziców/opiekunów. Udział w badaniu był dobrowolny.

## Opis przypadku i problemy pielęgnacyjne

Pacjentka N.P. (15 lat) została skierowana na oddział reumatologii z powodu zapalenia stawów. Od dwóch tygodni chorowała na infekcję układu oddechowego z temperaturą 39°C. Tydzień

wcześniej u pacjentki codziennie w godzinach wieczornych pojawiały się zmiany rumieniowe na kończynach górnych i dolnych w okolicach stawów skokowych, kolanowych i nadgarstka, które rano ustępowały. Towarzyszył jej przy tym ból stawów. Pacjentka skarżyła się na dolegliwości bólowe dłoni i stóp. Dziewczyna w chwili przyjęcia miała blade powłoki skórne, natomiast dłonie i stopy bardzo zimne. Zaobserwowano także lekko zaczerwienione gardło oraz powiększone węzły chłonne. W badaniach biochemicznych wielokrotnie stwierdzano obniżony poziom erytrocytów oraz wzrost płytek krwi i nieznacznie podwyższoną liczbę krwinek białych. U dziewczyny zaobserwowano patologiczny wzrost LDH (dehydrogenaza mleczanowa) i ferrytyny. Wykonane badanie szpiku kostnego nie wykazało zmian patologicznych.

W przypadku tej pacjentki wyłoniono następujące problemy pielęgnacyjne:

### Problem: Ból stawów ograniczający ruch u dziecka

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych u dziecka.

Zadania: Oceniamy stopień bólu u pacjentki i jego wpływ na aktywność ruchową. Pomagamy podając środki przeciwbólowe na zlecenie lekarza. Zmniejszamy bodźce bólowe z zewnątrz w fazie ostrego bólu poprzez stosowanie udogodnień zmniejszających natężenie bólu, częstej zmianie pozycji pacjentki w łóżku, organizacji czasu. Ważnym aspektem pielęgnacyjnym jest zapewnienie odpowiednich warunków do wypoczynku. W tym przypadku istotna jest zarówno dobra organizacja pracy i wykonywanie czynności przy pacjencie w sposób profesjonalny. Należy również pamiętać o wpływie czynników zewnętrznych i w tym aspekcie zalecana optymalna temperatura otoczenia to 20°–22°C. Pielęgniarka stosuje metody niefarmakologiczne w celu łagodzenia dolegliwości bólowych. Zaleca ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia rozluźniające i medytacje. Pielęgniarka

skórę środkami nawilżającymi o działaniu hipoalergicznym. Oprócz pielęgnacji pacjentki zachęca do aktywności fizycznej zwracając uwagę na możliwości chorego dziecka. Ponadto pielęgniarka wspiera psychicznie dziecko i rodziców, uczy sposobów łagodzenia bólu.

### Problem: Złe samopoczucie spowodowane gorączką

Cel: poprawa samopoczucia poprzez obniżenie temperatury ciała u dziecka.

Zadania: Pielęgniarka kontroluje parametry życiowe (temperatury ciała, oddechu, tętna i ciśnienia tętniczego, bilansu płynów). Zapewnia także odpowiednią higienę osobistą zwłaszcza w przypadku nadmiernej potliwości pacjenta. Pielęgniarka zapewnia mikroklimat w sali i komfort wypoczynku. Uzupełniania płyny na zlecenie oraz stosuje u pacjentki dietę lekkostrawną i płynną. Uczestniczy w farmakoterapii. Oprócz farmakologicznych metod obniżenia temperatury pielęgniarka stosuje metody fizyczne, jak np. zimne okłady na okolice skroni i pachwin, chłodzące kąpiele.

### Problem: Ryzyko zaburzeń odporności u dziecka

#### wynikające ze stosowania glikokortykosteroidów (GKS)

Cel: Zmniejszenie ryzyka i zapobieganie skutkom obniżonej odporności dziecka.

Zadania: Ważnym aspektem w pracy pielęgniarki jest informowanie rodziców o możliwości obniżenia odporności wynikającej z zażywania leków z grupy GKS. W czynnościach pielęgnacyjnych należy uwzględnić dbanie o staranną higienę osobistą i otoczenia. Jednocześnie należy zwrócić szczególną uwagę na zapobieganie próchnicy zębów, zapobieganie grzybicy jamy ustnej i narządów płciowych. Kontrola drogi obwodowej jest niezbędna pod kątem wystąpienia procesu zapalnego (w opisywanym przypadku leki podawane były drogą dożylną). Ponadto ważna jest obserwacja powłok skórnych w kierunku zmian troficznych i ich pielęgnacja. Zapewniamy szczepienia ochronne, które zwiększają odporność dziecka. Oprócz szczepień przygotowujemy dziecko pod względem psychicznym i fizycznym do podstawowych badań diagnostycznych. Pielęgniarka bierze czynny udział w farmakoterapii m.in. podaje na zlecenie lekarza immunoglobulinę IgG zmniejszającą ryzyko infekcji. Istotnym elementem w postępowaniu pielęgnacyjnym jest rejestrowanie zgłaszanych objawów przez dziecko w dokumentacji medycznej.

### Problem: Zmiany skórne wynikające

#### z obecności procesu chorobowego – MTRU

Cel: Poprawa stanu skóry i zapobieganie powstawaniu nowych zmian w obrębie skóry.

Zadania: Pielęgniarka powinna informować na temat istotności właściwej pielęgnacji skóry, zapobiegania jej wysuszeniu, zwłaszcza unikaniu nadmiernej ekspozycji na światło słoneczne i stosowanie odpowiednich filtrów chroniących skórę. Przy unikaniu słońca należy także stosować nakrycia głowy, długie spodnie i bluzki z długimi rękawami. W przypadku zmian skórnych pielęgniarka pomaga w stosowaniu

miejscowym maści glikokortykosteroidowych. Obserwuje przy tym objawy skórne (odparzenia, zaniki skóry, zmiany naczyniowe). Pozwala to także na wczesne wykrycie niepożądanych objawów przy terapii lekowej. Pielęgniarka powinna stwarzać atmosferę ciepła i bezpieczeństwa, powinna również wyjaśniać obawy pacjentki dotyczące samoakceptacji. Ważna jest także współpraca z psychologiem – jest to istotne zwłaszcza u dziewcząt w okresie dorastania.

### Problem: Ryzyko powikłań

#### spowodowanych niedoborem żelaza

Cel: Zminimalizowanie ryzyka powikłań wynikających z niedoborów żelaza.

Zadania: Pielęgniarka obserwuje pacjentkę w kierunku objawów niepożądanych wynikających z niedoboru żelaza. Podaje na zlecenie preparat zawierający żelazo. Zaleca płukanie ust wodą lub podanie preparatu przez słomkę w celu eliminacji przebarwień zębów. Odpowiednio podaje iniekcję domięśniową (podanie żelaza w obecności lekarza, ryzyko wstrząsu anafilaktycznego). Pielęgniarka kontroluje parametry życiowe przed i po pozajelitowym podaniu leku.

Zapewnienia zbilansowaną dietę bogatą w witaminę C, wapń, fosfor zwiększający przyswajanie żelaza. Ważna jest również obserwacja dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego i również w tym zakresie zwrócenie uwagi na odpowiednio dostosowaną jakościowo i ilościowo dietę.

### Problem: Brak wiedzy rodziców

#### na temat potrzeb dziecka z anemią

Cel: Edukacja dziecka i rodziny.

Zadania: Pielęgniarka zapoznaje dziecko i rodziców z przyczyną anemii oraz podkreśla ważną rolę badań laboratoryjnych i istotę leczenia. Informuje rodziców i pacjenta o przyjmowaniu leków (żelaza, kwasu foliowego, witamin) w celu uzupełnienia niedoborów. Uczy jak odpowiednio postępować podczas omdleń i osłabień. Pielęgniarka edukuje rodzinę i pacjenta na temat produktów bogatych w witaminę C, B12, kwas foliowy, cynk, białko. Pomaga w doborze odpowiedniej aktywności fizycznej dla dziecka. Informuje o eliminacji czynników powodujących infekcje. Zwraca uwagę rodziców na konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości snu i wypoczynku u dziecka.

## Podsumowanie

MTRU jest chorobą, która nie tylko obejmuje sferę fizyczną, ale dotyka także sfery psychicznej dziecka. Mniej więcej z tych przyczyn rola pielęgniarki jest wieloaspektowa. Duże znaczenie ma wsparcie psychiczne i emocjonalne [13] a także określenie umiejętności radzenia sobie z chorobą oraz udzielenie odpowiedniej pomocy. Pielęgniarka prowadzi edukację na temat zmniejszenia dolegliwości i powikłań chorobowych. [12]

MTRU może powodować wiele objawów ze strony różnych układów, gdzie jej powstanie modeluje szereg czynników, np. leki, hormony, genetyka, środowisko [3]. Charakterystycznym objawem SŁA są zmiany w układzie ruchu. Dziecko



odczuwa często ból w okolicach stawów rąk i kolan oraz niektórych mięśni. Nierzadko dochodzi do przerostu błony maziowej [2, 4]. Szczególnie dotyczy to stawów nadgarstka, kolan i łokci. Miopatia, która może wystąpić dotyczy mięśni proksymalnych [1]. Oprócz zmian w narządzie ruchu u dzieci dochodzi do uszkodzenia przez proces chorobowy narządów mięśniowych np. nerek [1]. Proces ten diagnozowany jako toczniowe zapalenie nerek może w konsekwencji doprowadzić do ich niewydolności [4, 5]. W ewidentny sposób pogarsza to rokowanie i powoduje konieczność poddania dziecka dializoterapii.

Innym niepokojącym objawem MTRU, zaobserwowanym również w przypadku opisywanej pacjentki są zaburzenia hematologiczne [11]. Wyniki badań laboratoryjnych wykazywać mogą anemię oraz leukocytozę z dużym wzrostem czynnika zapalnego OB. Ponadto stwierdzić można podwyższone poziomy LDH oraz ferrytyny [1, 6, 7].

Oprócz zaburzeń hematologicznych u dzieci z MTRU mogą występować zmiany w obrębie układu pokarmowego. Chory odczuwa bóle brzucha, nudności, którym często towarzyszą wymioty [6]. Dlatego w takich przypadkach oprócz wnikliwej obserwacji konieczne jest zwrócenie uwagi na pilne wykonywanie badań, takich jak np. badania ultrasonograficzne.

Jak już wspomniano MTRU jest chorobą o różnorodnych objawach ze strony każdego niemal układu. Niektóre objawy nie są charakterystyczne, dlatego rozpoznanie bywa bardzo utrudnione [1]. W opisywanym przypadku toczeń nie miał charakterystycznego przebiegu. U pacjentki obecne były głównie zaburzenia hematologiczne, co manifestowało się zmianami w obrazie krwi a także charakterystycznym zabarwieniem powłok skórnych. Specyficzne dla MTRU dolegliwości występowały ze strony układu kostno-stawowego, które objawiały się obrzękiem i bolesnością stawów, zwłaszcza w dystalnych okolicach kończyn. Oprócz dolegliwości bólowych u dziecka na skórze w okolicach stawów objętych procesem zapalnym występowała drobnoplamista wysypka.

Prawidłowe rozpoznanie MTRU ułatwia dokładna diagnostyka głównie na podstawie badań biochemicznych jak i obrazowych, to prowadzi do doboru odpowiedniej farmakoterapii [1, 7]. Badania laboratoryjne określają poziomy konkretnych markerów charakterystycznych dla danej choroby tkanki łącznej. Natomiast badania obrazowe pozwalają na wykrywanie patologii w układach i narządach [6]. Przed wprowadzeniem leczenia kompleksowe badanie dziecka powinno obejmować: badanie przedmiotowe, badania laboratoryjne oraz obrazowe [6]. Badanie przedmiotowe dotyczy: zakresu ruchu, ogólnej ruchomości stawów i mięśni, ocenę bólu [1, 7]. Obserwuje się również zachowanie i ogólny wygląd dziecka. Bardzo ważna jest w tym przypadku rola opiekunów dziecka, którzy dzięki odpowiedniej wiedzy mogą świadomie uczestniczyć w procesie terapeutycznym. To od nich zależy wczesne zwracanie uwagi na niepokojące zmiany w wyglądzie czy zachowaniu dziecka przez to możliwa jest szybka, ukierunkowana interwencja medyczna.

W celu poprawy stanu wiedzy zarówno pacjentów jak i ich rodziców, podczas przeprowadzania badania przekazano niezbędne informacje nie tylko dotyczące pielęgnowania, ale także odnośnie badań diagnostycznych i zasad stosowania leków. W opisanym przypadku ukierunkowany dobór badań pozwolił na pełną diagnostykę, zastosowanie optymalnej farmakoterapii i poprawę stanu zdrowia pacjentki.

Należy również pamiętać o bardzo istotnej roli pielęgniarki, która dba nie tylko o sferę fizyczną pacjenta ale również o obszar związany z psychiką, spokojem i poczuciem bezpieczeństwa. Rozmowa z pacjentem, podtrzymywanie go na duchu, kontakt z jego rodziną powodują, że pobyt w szpitalu staje się dla pacjenta bardziej naturalny i mniej kłopotliwy. Poprawa nastroju powoduje pozytywne nastawienie w stosunku do terapii i zwiększa jej skuteczność, co jest oczywiście bardzo korzystne. Na tej podstawie można stwierdzić, że rola pielęgniarki w procesie zdrowienia pacjenta jest bardzo ważna, a profesjonalnie prowadzona opieka jest warunkiem skuteczności działania terapii, a co za tym idzie, jest niezbędna do tego, by pacjent wrócił do zdrowia najszybciej jak to możliwe.

#### Literatura:

1. Kawalec W, Grenda R, Ziółkowska H. *Pediatrics* 2. Wyd. Lekarskie PZWL, 2013, 913–961.
2. Jabłońska S, Majewski S. *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*. Wyd. Lekarskie PZWL, 2010, 260–312.
3. Berger-Czop B., Dukalska M., Rokicki W. i wsp. Układ krążenia a stan dermatologiczny u chorych z twardziną ograniczoną. *Wyd. Borgis-Nowa Pediatrics*, 2003, 1, 62–67.
4. Dobrzańska A., Ryżko J. *Pediatrics*. Podręcznik do Państwowego Egzaminu Lekarskiego i egzaminu specjalizacyjnego. Wyd. Medyczne Urban & Partner, 2004, 750–753, 758–774.
5. Zdrojewski Z. *Nerki w chorobach autoimmunologicznych*. Wyd. Borgis – Postępy nauk medycznych, 2011, 2, 50–60.
6. Szczeklik A. *Interna i Choroby wewnętrzne*. Wyd. Medycyna Praktyczna, 2014, 540–545, 1793–1898.
7. Pawlaczek B. *Zarys Pediatrii*. Wyd. Lekarskie PZWL, 2005, 17, 498–526.
8. Obersztyn A., Baranowska A., Rycaj J. i wsp. Zmiany w tętnicach wieńcowych w przebiegu choroby Kawasaki w okresie wczesnym i odległym – doświadczenia własne. *Wyd. ViaMedica*, 2006, 377–382.
9. Rakowska-Rusiewicz D. Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie pediatrycznym. *Wyd. Czelej*, 2001, 90–115, 299–305.
10. Jurkowska G, Łagoda K. *Pielęgniarstwo Internistyczne*. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lekarskie PZWL, 2011, 388–492, 624.
11. Pawlaczek B. *Pielęgniarstwo Pediatryczne*. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lekarskie PZWL, 2011, 172–176, 260–266.
12. Ochyńska O., Okoń E., Olek D. i wsp. Edukacja i pielęgnacja pacjenta z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Wyd. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 2013, 3, 69–71.
13. Czarnecka J., Kobos E., Sienkiewicz Z. i wsp. Wsparcie społeczne rodzin dzieci z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów. *Wyd. Pielęgniarstwo Polskie*, 2014, 3, 209–214.

lic. Anna Ślusarczyk  
dr n. med. Agnieszka Głowacka  
Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

# Pierwsza pomoc

## Nowe Wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji ERC 2015 (European Resuscitation Council)

www.prc.krakow.pl www.erc.edu

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

Poniższa publikacja resuscytacji krążeniowo-oddechowej Wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji jest kontynuacją ustanowionego pięcioletniego cyklu zmian wytycznych. Podobnie jak Wytyczne 2010, tak i obecne opublikowane 15 października 2015 roku, są oparte na dokumencie CoSTR (Consensus on CPR Science with Treatment Recommendations), który systematyzuje wyniki prac naukowych dotyczących szerokiego zakresu tematów związanych z resuscytacją krążeniowo-oddechową (RKO). Wiedza o resuscytacji ciągle się rozwija, dlatego wytyczne postępowania muszą być regularnie uaktualniane, by odzwierciedlały ten postęp nauki i wskazywały całemu społeczeństwu jak również personelowi medycznemu najlepszy sposób postępowania. Niniejsze podsumowanie przedstawia podstawowe algorytmy postępowania w resuscytacji dzieci, dorosłych, a także zwraca uwagę na główne zmiany w wytycznych od roku 2010. Szczegółowe informacje są zawarte w 10 rozdziałach Wytycznych Resuscytacji 2015.

#### Rozdziały Wytycznych Resuscytacji 2015 ERC zawierają:

1. Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych oraz automatyczna defibrylacja zewnętrzna (BLS+AED).
2. Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych (ALS).
3. Zatrzymanie krążenia w sytuacjach szczególnych.
4. Opieka poresuscytacyjna.
5. Zabiegi resuscytacyjne u dzieci (PBLS, PALS).
6. Resuscytacja i wspomaganie okresu adaptacyjnego u noworodków bezpośrednio po urodzeniu.
7. Wstępne postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych.
8. Pierwsza pomoc.
9. Zasady edukacji w resuscytacji.
10. Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia.

#### Uwaga!

1. Brak większych zmian w podstawowych algorytmach postępowania.
2. Zalecenia w zakresie pierwszej pomocy i opieki poresuscytacyjnej.
3. Wytyczne rozszerzone o nowe sytuacje szczególne.
4. Znacząca ewolucja kursów resuscytacji w oparciu o nowe wytyczne i możliwości nowoczesnych platform e-learningowych.

### Podsumowanie kluczowych zmian w Wytycznych Resuscytacji ERC 2015 BLS (Basic Life Support)

#### Podstawowe Zabiegi Resuscytacyjne i użycie Automatycznej Defibrylacji Zewnętrznej (AED) u osób dorosłych

Podstawowe zabiegi resuscytacyjne (Basic Life Support – BLS) dotyczą bezprzryłowego (za wyjątkiem środków ochrony osobistej) utrzymywania drożności dróg oddechowych oraz podtrzymywania oddychania i krążenia. Należy pamiętać, że RKO należy rozpoczynać wtedy, gdy poszkodowany jest nieprzytomny (nie reaguje) i nie oddycha prawidłowo. Świadkowie zdarzenia powinni podejrzewać zatrzymanie krążenia u każdego pacjenta, u którego wystąpią drgawki. Autorzy wytycznych popierają zalecenia ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation), aby wszystkie osoby prowadzące RKO wykonywały uciśnięcia klatki piersiowej u wszystkich poszkodowanych z nagłym zatrzymaniem krążenia (NZK). Korzyści z rozpoczęcia RKO przez osoby postronne są dobrze udokumentowane i przewyższają potencjalne szkody od uciśnięć klatki piersiowej, które zawierają 1,7 proc. ryzyko złamań kości klatki piersiowej i 8,7 proc. ryzyko bólu klatki piersiowej.

Wytyczne ERC 2015 podkreślają znaczenie interakcji między dyspozytorem pogotowia a osobą przeprowadzającą akcję ratunkową oraz użyciem defibrylatora AED. Wysokiej jakości resuscytacja krążeniowo-oddechowa jest kluczowa dla poprawy wyników leczenia. Efektywna i skoordynowana akcja jest ważna dla zwiększenia szans na przeżycie oraz ma realny wpływ na jakość życia pacjenta po pobycie w szpitalu.

Elementy tzw. łańcucha przeżycia w NZK nie uległy zmianie:

- wczesne rozpoznanie sytuacji zagrożenia życia i szybkie wezwanie fachowej pomocy – powiadomienie zespołu ratownictwa medycznego (np. telefon pod numer 112 lub 999),
- wczesne podjęcie RKO przez świadków zdarzenia,
- wczesna defibrylacja,
- opieka poresuscytacyjna.

Dyspozytorzy stosując się do nowych wytycznych zobowiązani są do udzielania jeszcze dokładniejszego telefonicznego instruktażu prowadzenia RKO przez świadków zdarzenia

oraz zlokalizowania i zadysponowania automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED) do momentu przybycia służb ratunkowych.

Podkreślono możliwość wykorzystania mediów społecznościowych oraz telefonów komórkowych do wzywania osób, które chcą i potrafią wykonywać RKO a znajdują się w pobliżu osoby z NZK poza szpitalem.

Zaleca się wdrażanie Programu Publicznego Dostępu do Defibrylacji (Public Access Defibrillation – PAD) w miejscach publicznych o dużym ryzyku pojawienia się NZK w obecności świadków. Jak wskazano w wytycznych: „Istnieją wyraźne i spójne dowody naukowe wskazujące na zwiększenie przeżywalności po NZK w przypadku, gdy świadek zdarzenia podejmie RKO i niezwłocznie zastosuje Automatyczny Defibrylator Zewnętrzny AED (Automated External Defibrillator), przestrzegając zasad bezpieczeństwa. Defibrylacja w czasie 3-5 minut od utraty przytomności może zwiększać szanse na przeżycie pacjenta. Przeżywalność może sięgać 50–70 proc. W związku z tym natychmiastowy dostęp do defibrylatora stanowi podstawowy element systemu opieki”.

Nie ma danych dotyczących efektywności rozmieszczenia AED w mieszkaniach prywatnych.

#### Wdrożenie PAD wymaga współdziałania następujących elementów:

1. Zidentyfikowanie/rejestrowanie miejsc, gdzie występuje duże prawdopodobieństwo wystąpienia NZK, umieszczenie w tych miejscach defibrylatorów AED, wyraźne ich oznaczenie oraz nadzór.

2. Przeszkolenie potencjalnych osób udzielających pomocy w zakresie prowadzenia RKO oraz obsługi defibrylatora AED.

3. Połączenie z lokalnymi służbami ratunkowymi.

4. Program ciągłej poprawy jakości.

Nieprzeszkolone osoby udzielające pomocy dorosłej osobie z NZK powinny wykonywać uciśnięcia klatki piersiowej, które należy kontynuować do czasu przyniesienia defibrylatora AED lub nadejścia pomocy medycznej.

Osoby przeszkolone w zakresie udzielania pierwszej pomocy, mogą dodatkowo wykonywać oddechy ratunkowe (dodatkowe korzyści w resuscytacji dzieci, ofiar NZK w wyniku asfiksji oraz gdy czas przybycia służb ratunkowych jest wydłużony).

Nadal kluczowe jest prowadzenie wysokiej jakości resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

#### Wytyczne nie zmieniają nic w kwestii głębokości i tempa ucisków klatki piersiowej:

- osoby prowadzące RKO u osób dorosłych z NZK powinny wykonywać uciśnięcia klatki piersiowej o odpowiedniej głębokości (około 5 cm, ale nie większej niż 6 cm u przeciętnego dorosłego) oraz częstości 100–120 uciśnięć/minutę,

- należy umożliwić całkowity powrót klatki piersiowej do jej pierwotnego kształtu pomiędzy uciśnięciami oraz minimalizować przerwy w uciśnięciach, które nie mogą trwać dłużej niż 10 sekund,

- podczas oddechów ratowniczych lub wentylacji należy w trakcie trwania 1 sekundy wtłoczyć do płuc uszkodzonego

odpowiednią ilość powietrza, tak aby był widoczny ruch klatki piersiowej ku górze.

Sekwencja RKO stosowana u osób dorosłych może być bezpiecznie wprowadzona również w przypadku pacjentów pediatrycznych, nieprzytomnych i nie oddychających prawidłowo. Osoby przeszkolone wykonują u dzieci i ofiar tonięcia zmodyfikowaną sekwencję, polegającą na wykonaniu pięciu początkowych oddechów ratowniczych zanim podejmie się uciśnięcia klatki piersiowej. Głębokość uciśnięć klatki piersiowej u dzieci powinna wynosić około jedną trzecią głębokości klatki piersiowej (u niemowląt jest to około 4 cm, a u dzieci około 5 cm).

Całkowita niedrożność dróg oddechowych spowodowana ciałem obcym jest stanem nagłym i wymaga natychmiastowego leczenia. Należy spróbować usunąć ciało obce poprzez uderzenia w okolicę międzyłopatkową, a jeśli takie postępowanie nie przyniesie oczekiwanego skutku, przystąpić do uciśnięć nadbrzusza. Jeżeli dojdzie do utraty przytomności należy natychmiast wdrożyć RKO. Jednocześnie musi zostać wezwana pomoc.

#### ALS (Advanced Life Support) Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych

Wytyczne ALS 2015 Europejskiej Rady Resuscytacji kładą nacisk na poprawę opieki oraz implementację wytycznych w celu poprawy wyników leczenia indywidualnego pacjenta. Od czasu opublikowania Wytycznych w 2010 roku obecne Wytyczne ALS Europejskiej Rady Resuscytacji nie zawierają większych zmian w zakresie zasadniczych interwencji ALS.

#### Kluczowe zmiany od 2010 roku:

1. W dalszym ciągu nacisk na wykorzystywanie systemów szybkiego reagowania w opiece nad pacjentem, którego stan ulega pogorszeniu oraz zapobieganie wewnątrzszpitalnemu zatrzymaniu krążenia.

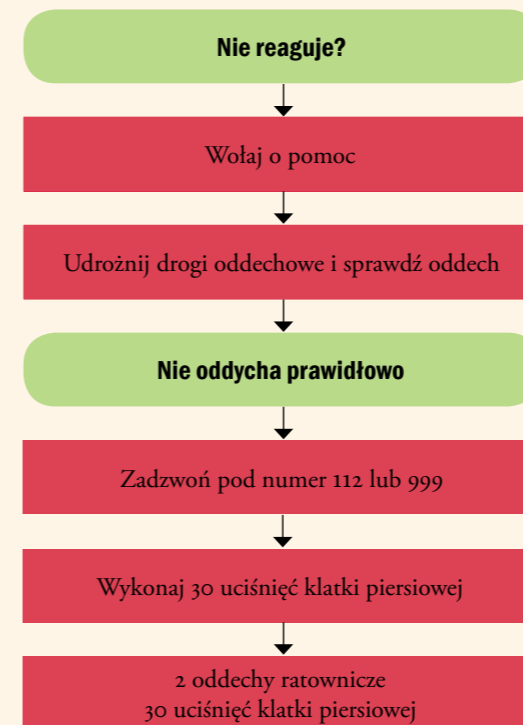
2. W dalszym ciągu nacisk na wysokiej jakości uciśnięcia klatki piersiowej z minimalizacją przerw na czas jakiegokolwiek interwencji ALS: uciśnięcia klatki piersiowej są przerywane na krótko tylko w celu umożliwienia przeprowadzenia określonych interwencji. Zalicza się do tego minimalizację przerw w uciśnięciach klatki piersiowej, aby wykonać defibrylację.

3. Dążenie do stosowania elektrod samoprzylepnych do defibrylacji oraz strategii minimalizowania przerw przed defibrylacją, chociaż wiadomo, że nadal defibrylacja jest w niektórych okolicznościach wykonywana za pomocą łyżek.

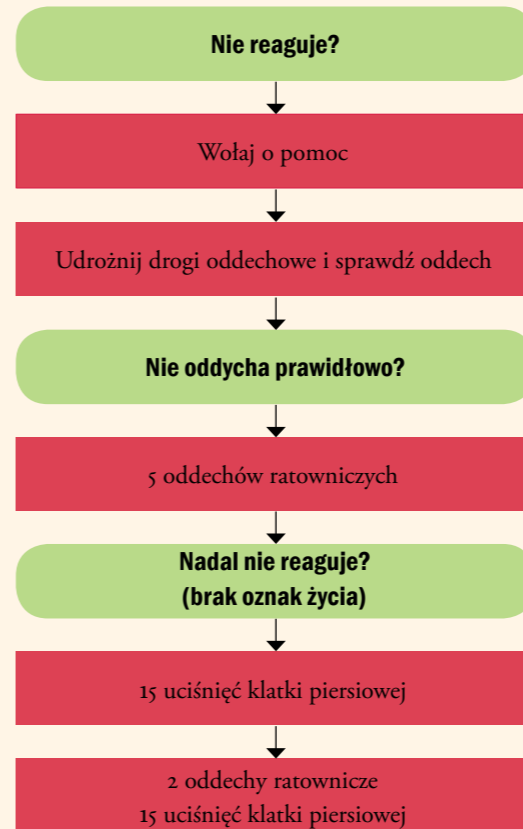
4. Dodano nowy rozdział poświęcony monitorowaniu podczas zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych, w którym szczególnie zaakcentowano wykorzystanie wykresu kapnografii w celu potwierdzenia i ciągłego monitorowania położenia rurki dotchawiczej, jakości prowadzonej RKO oraz jako wczesnego objawu powrotu spontanicznego krążenia (Return Of Spontaneous Circulation – ROSC).

5. Istnieje wiele metod zabezpieczania drożności dróg oddechowych podczas RKO. Zalecane jest stopniowanie interwencji

#### PODSTAWOWE ZABIEGI RESUSCYTACYJNE U DOROSŁYCH UNIERSALNY ALGORYTM BLS – SEKWENCJA POSTĘPOWANIA

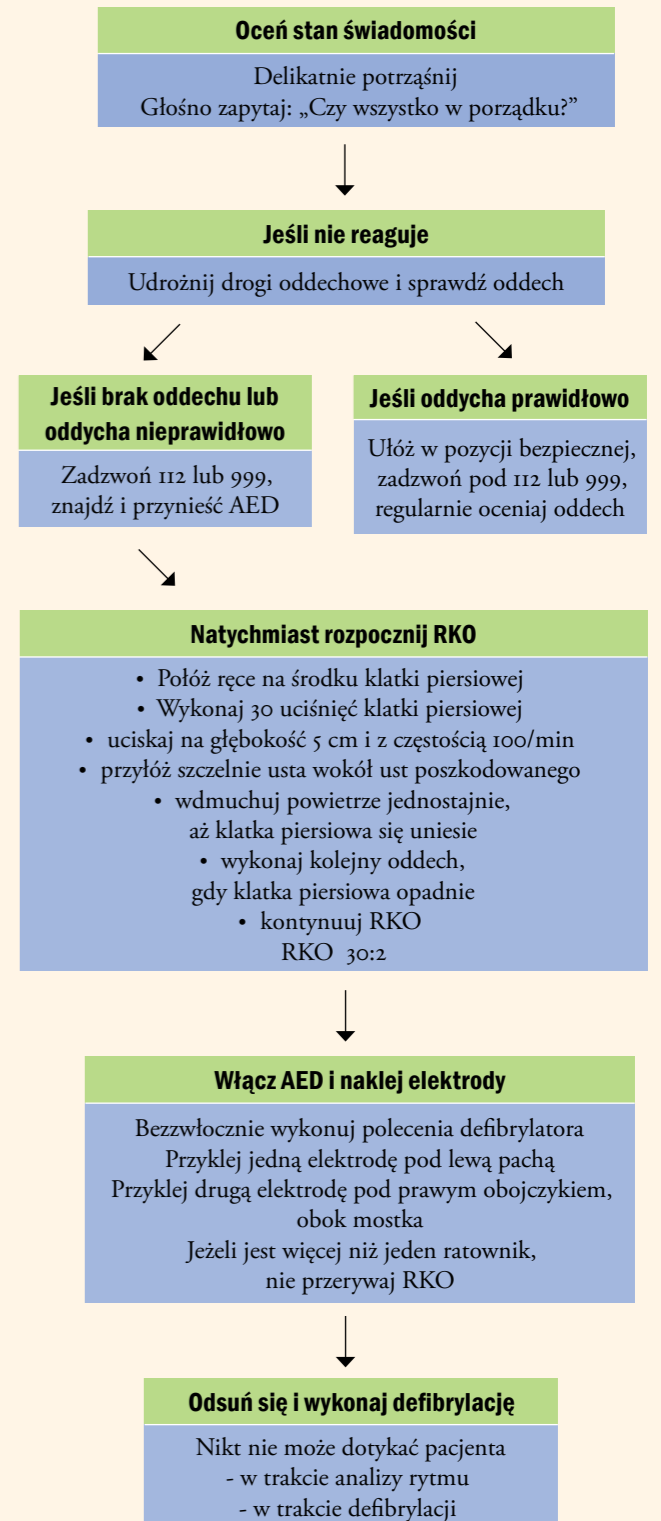


#### ALGORYTM BLS U DZIECI I NIEMOWLĄT RATOWNICY MEDYCZNI – SEKWENCJA POSTĘPOWANIA



Po 1 min. RKO zadzwoń pod 112 lub 999  
albo wezwij zespół resuscytacyjny

#### PODSTAWOWE ZABIEGI RESUSCYTACYJNE I AUTOMATYCZNA DEFIBRYLACJA ZEWNĘTRZNA ALGORYTM BLS + AED – SEKWENCJA POSTĘPOWANIA



Kontynuuj działania zgodnie z poleceniami AED  
do czasu: przybycia wykwalifikowanych służb medycznych,  
gdy osoba uszkodzona poruszy się, otworzy oczy lub  
zacznie prawidłowo oddychać, gdy pojawi się jakiegokolwiek  
niebezpieczeństwo, do wyczerpania własnych sił.

z uwzględnieniem czynników związanych z pacjentem oraz umiejętności ratownika.

6. Zalecenia dotyczące stosowania leków podczas RKO nie uległy zmianie, ale ich rola w poprawie wyników leczenia po NZK nie jest jednoznaczna.

7. Mechaniczne uciskanie klatki piersiowej znajduje zastosowanie w sytuacjach, gdy prowadzenie wysokiej jakości manualnych ucisnięć jest niemożliwe do wykonania.

8. Ultrasonografia około zatrzymania krążenia znajduje zastosowanie w rozpoznawaniu jego odwracalnych przyczyn.

9. Techniki pozaustrojowych zabiegów podtrzymujących życie znajdują zastosowanie jako terapia ratunkowa w wyselekcjonowanej grupie pacjentów, u których standardowe działania ALS są nieskuteczne.

#### Podstawowy algorytm ALS nie uległ zmianie

30:2

Pętle po 2 minuty

Podstawowe zasady defibrylacji

Farmakoterapia w NZK

4H 4T

#### (PBL – Paediatric Basic Life Support)

##### Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dzieci i niemowląt

Nowe tematy w Wytycznych resuscytacji 2015 ERC opierają się na rekomendacji CoSTR oraz efektach pracy grupy autorów wytycznych w zakresie zabiegów resuscytacyjnych u dzieci i niemowląt (Pediatric Life Support – PLS). Należą do nich:

1. W zakresie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych:

- czas wykonywania wdechu powinien trwać około 1 s, podobnie jak u dorosłych,

- w przypadku prowadzenia ucisnięć klatki piersiowej, powinno się uciskać dolną część mostka na głębokość przynajmniej jednej trzeciej wymiaru przednio-tylnego klatki piersiowej, lub na głębokość 4 cm u niemowląt i około 5 cm u dzieci.

2. W postępowaniu z ciężko chorym dzieckiem:

- jeśli nie ma objawów wstrząsu septycznego, gorączkujące dzieci powinny otrzymywać płyny z zachowaniem ostrożności, a po zastosowanej płynoterapii należy przeprowadzić ponowną ocenę. W niektórych postaciach wstrząsu septycznego restrykcyjna terapia izotonicznymi krystaloidami może przynieść większe korzyści, niż liberalna podaż płynów,

- dla kardiowersji w napadowym częstoskurczu nadkomorowym (SVT) wstępna wartość energii została ustalona na 1 J/kg.

3. W zatrzymaniu krążenia:

- lidokaina może być stosowana jako alternatywa dla amiodaronu w leczeniu opornego na defibrylację VF/VT.

4. W opiece poresuscytacyjnej:

- zapobieganie gorączce u dzieci z przywróconym spontanicznym krążeniem (ROSC) po pozaszpitalnym zatrzymaniu krążenia,

- kontrola temperatury docelowej (TTM) – u dzieci po ROSC powinna być ukierunkowana na utrzymanie normotermii lub łagodnej hipotermii,

- nie istnieje pojedynczy czynnik prognostyczny, pozwalający określić kiedy zakończyć resuscytację.

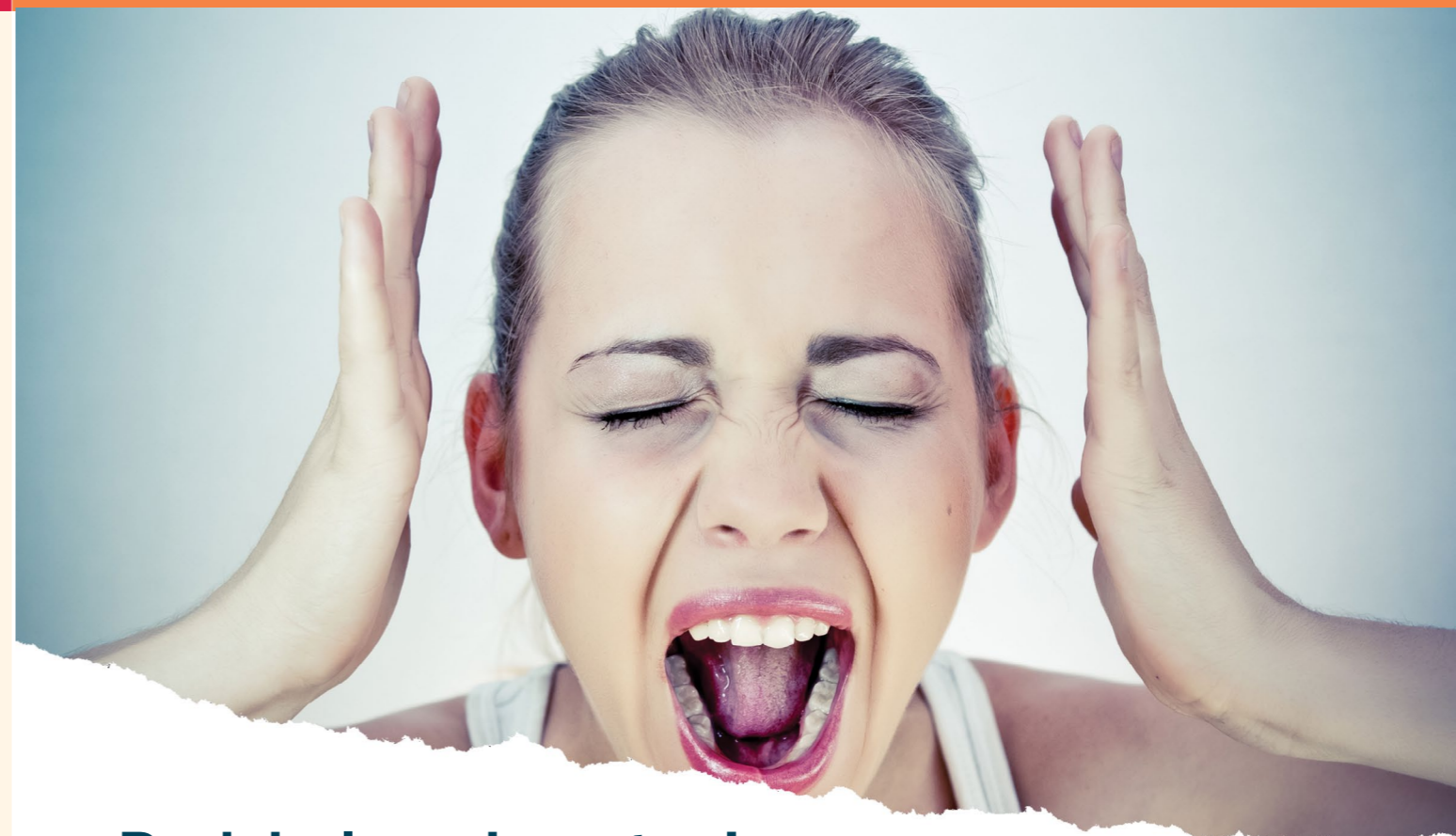
PBLS nieco różni się od postępowania w przypadku osoby dorosłej. Spowodowane jest to nie tylko różnicami w budowie anatomicznej, lecz także inną fizjologią oraz czynnikami powodującymi zatrzymanie krążenia.

#### Podsumowanie

Nagle, nieoczekiwane zatrzymanie krążenia jest wyzwaniem w skali globalnej, stanowi główną przyczynę śmierci w Europie. Należy podkreślić, że prowadzenie RKO przez świadków zdarzenia zwiększa 2- lub 3-krotnie szanse przeżycia w zauważonym NZK. Rola przypadkowego ratownika, osoby nawet bez wykształcenia medycznego, która znajdzie się jako pierwsza, może być wyjątkowa. Będąc świadkami sytuacji stanowiących zagrożenie życia, stajemy często przed koniecznością podejmowania szybkich decyzji w ciągu kilku sekund bądź minut, kiedy sytuacja jest nagła, szczególnie w warunkach pozaszpitalnych, gdy dostępność informacji jest ograniczona. Pracownicy ochrony zdrowia są zobowiązani do podjęcia niezbędnych czynności celem ratowania zdrowia i życia pacjentów oraz rozumienia zasad etycznych podczas podejmowania decyzji dotyczących resuscytacji. Należy odpowiedzieć sobie na szereg pytań, aby mieć pewność, że decyzje o podjęciu lub zaniechaniu zabiegów resuscytacyjnych są właściwe oraz czy pacjent i jego najbliżsi traktowani są z godnością. Wpływ na takie trudne decyzje mogą mieć czynniki osobiste, międzynarodowe i lokalne uwarunkowania kulturowe, a także względy prawne, zwyczajowe, religijne, społeczne oraz ekonomiczne. Społeczeństwo zaś jako całość, a w szczególności służby ratownicze, szpitale i inne instytucje medyczne, powinny planować, organizować i udzielać pomocy w przypadku NZK zgodnie z aktualną wiedzą. Nowe wytyczne kładą więc jeszcze większy nacisk na szkolenia pierwszej pomocy z uwzględnieniem nowości w kursach resuscytacji i możliwości nowoczesnych platform e-learningowych. Z obserwacji specjalistów wynika, że coraz lepiej do udzielania pierwszej pomocy przygotowane są przez szkoły dzieci i młodzież. Wykonując czynności resuscytacyjne możemy uratować życie człowieka, nawet jeśli nie będą one wykonywane w sposób doskonały. Podjęcie uciskania klatki piersiowej jest wyjściem o wiele lepszym niż bierne oczekiwanie na karetkę pogotowia.

„Lecz gdyby jeden tylko na stu mógł dobroczynnym dziełem sztuki powrócić do życia, zawsze ludzkość wiele na tem zyskuje, zawsze tak zbawienna umiejętność warta jest zachęcenia i wsparcia” – 1805, Jędrzej Śniadecki

mgr piel. Elżbieta Janiszewska  
przewodnicząca PTPAiO – Oddział w Łodzi,  
członek Koła PTP i PTPR,  
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa  
anestezjologicznego i intensywnej opieki,  
Instytut CZMP w Łodzi



## Radykalna akceptacja, czyli jak wzmocnić odporność na stres

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Nawet jeśli L. Staff zalecał: „Niech cię nie niepokoją cierpienia twe i błędy, droga prosta jest wszędzie, lecz i manowce wszędy...”, to jednak prędzej czy później każdy doświadcza emocjonalnego niepokoju i bólu. Są wśród nas też takie osoby, które muszą częściej sobie radzić z trudnymi stanami. W tym przypadku można mówić o przytłaczających emocjach (termin ten obejmuje zarówno ból emocjonalny, jak i współwystępujący często z nim ból fizyczny). Dodatkowo sytuację takich osób pogarszają niekonstruktywne sposoby radzenia sobie z napięciem – niektórzy deklarują, że spędzają wiele czasu na rozmyślaniu o bólu, błędach i problemach, które wystąpiły dawniej, albo izolują się od innych, by uniknąć niekomfortowych dla siebie sytuacji. To powoduje, że problemy nawarstwiają się i pojawiają się wtórne komplikacje. Ludzie pogrążeni w rozpamiętywaniu swojej sytuacji pozwalają, by omijały ich dobre doświadczenia, czego później żałują. Spędzają coraz więcej czasu w samotności, co prowadzi do nasilania się stanów depresyjnych. Czy tak musi dziać się zawsze? Ależ skąd! Pierwszym krokiem do zmiany naszego postępowania jest uświadomienie sobie, że, o ile nie jesteśmy w stanie ciągle kontrolować doświadczanego bólu, o tyle możemy kontrolować zakres cierpienia odczuwanego w odpowiedzi na ból!

#### Odwracanie uwagi

Podstawową umiejętnością, która pozwala na przejście kontroli nad doświadczanym cierpieniem, jest odwracanie uwagi od sytuacji wywołujących ból emocjonalny. Dzięki tej umiejętności można chwilowo powstrzymać się od myślenia o bólu, a w efekcie zyskać czas potrzebny do podjęcia konstruktywnej reakcji zaradczej. Sceptyków lojalnie ostrzegam – odwrócenie uwagi nie jest tożsame z unikaniem! Kiedy ktoś unika myślenia o problemach emocjonalnych, zachowuje się jak przysłowiowy struś, który chowa głowę w piasek, aby przeczekać sytuację i działa według zasady „co z oczu, to z serca”. Tymczasem odwracanie uwagi jest umiejętnością powiązaną z radykalną akceptacją.

#### Radykalna akceptacja

Czasami ludzie na doświadczenie bólu reagują złością albo obwiniają innych za jego wystąpienie. Jednakże paradoksalnie ani pierwszy, ani tym bardziej drugi sposób nie pomaga w radzeniu sobie z trudnością, dlatego ciągle cierpią, odczuwając ból. Czasami są nim tak zaślepieni, że nie mogą dostrzec, co się właściwie dzieje. Taka sytuacja przypomina noszenie



**Są wśród nas osoby, które muszą częściej sobie radzić z trudnymi stanami. W tym przypadku można mówić o przytłaczających emocjach. Dodatkowo sytuację takich osób pogarszają niekonstrukttywne sposoby radzenia sobie z napięciem. To powoduje, że problemy nawarstwiają się i pojawiają się wtórne komplikacje.**

okularów przeciwsłonecznych w domu; kiedy masz je na nosie i przebywasz w mieszkaniu, nie możesz dostrzec żadnych szczegółów, prawda? I wcale nie jest to komfortowe uczucie. Gdy zdejmiesz okulary, z ulgą dostrzegasz, że jest jasno. Aby zdobyć umiejętność tolerowania dyskomfortu psychicznego, potrzeba zmiany podejścia do życia, która polega na zdjęciu z nosa tych „psychicznych okularów”, które bardziej szkodzą niż pomagają. Słowem, trzeba rozwinąć w sobie kompetencję radykalnej akceptacji. Poznamy ją po stwierdzeniach typu: „Obecna chwila jest wynikiem wszystkich przeszłych zdarzeń”, „Siłowanie się z przeszłością nie ma sensu”, a przede wszystkim: „Zmaganie się z tym, co już nastąpiło, jest stratą czasu”. Radykalna akceptacja oznacza zatem, że masz świadomość, że przeszłości, bez względu na to, jak bardzo była zła, nie można zmienić, dlatego potrzebujesz uznania obecnej sytuacji bez względu na to, jaka jest i rezygnacji z osądzania wydarzeń lub samokrytyki.

Teraźniejszość jest zawsze konsekwencją splotu różnych okoliczności, które zadziały się już wcześniej, a radykalna akceptacja ma pomóc w zaniechaniu ciągłego złościenia się na siebie czy innych i przekierowaniu uwagi na to, co możesz teraz zrobić dla siebie. W skrócie – radykalna akceptacja to sposób na efektywne radzenie sobie z cierpieniem. Czasami ludzie przytłoczeni emocjami mają wrażenie, że „wszystko na nich znieca spada” i nie widzą swojego udziału w powstaniu sytuacji, w jakiej się znaleźli (przypomina to zewnątrzsterowność, prawda?). Dlatego reagują złością (co jest typową reakcją, kiedy sobie uświadomimy, że nie mamy wpływu na swoje życie) i podejmują pod jej wpływem niewłaściwe decyzje, ranią innych i samych siebie. Dlatego jedynym ratunkiem jest radykalna akceptacja chwili obecnej, dzięki czemu łatwiej jest zdefiniować własny udział w zaistnieniu danej sytuacji i zareagować na przyszłość w konstruktywny sposób. Zatem, jeśli stosujesz radykalną akceptację w praktyce, jesteś zdolny do przyjęcia tego, co zadziało się do chwili obecnej, zaprzestasz walki, czym tylko się da (a najczęściej sobą jako bronią) z „wiatrakami”, bo te wiatraki, to przecież efekt różnych decyzji, które podejmowałaś do tej pory. Od chwili obecnej zastanawiasz się, co możesz zrobić teraz dla siebie, aby zmienić swoje położenie. Jak można sobie pomóc w odwracaniu uwagi? O tym – kolejny akapit.

## Odwracanie uwagi

Umiejętność odwracania uwagi jest łatwiejsza, kiedy dasz sobie przyzwolenie na robienie rzeczy, które sprawiają ci przyjemność, np. rozmowa z kimś, kogo lubisz, masaż, nabycie ciętych kwia-

tów do domu itd. Pamiętaj, nie można się zmusić do zapomnienia i pozbycia niechcianych emocji/myśli, dlatego wypracowanie strategii świadomego odwracania uwagi jest tak ważne dla osób, które często ulegają przytłoczeniu emocjonalnemu. Jeśli nie możesz sobie teraz pozwolić na wykonanie przyjemnej czynności, spróbuj strategii liczenia oddechów (albo zwiększaj lub zmniejszaj liczbę o siedem). Można też odwrócić uwagę od bólu, którego doświadczasz, poprzez przeniesienie uwagi na kogoś lub coś innego, np. możesz zrobić coś ważnego dla sąsiada, pomyśleć o kimś, na kim ci zależy, czy nawet iść na spacer i przez całą drogę obserwować innych ludzi: jak są ubrani, jak chodzą i jakie wykonują czynności. W chwili doświadczanego bólu możesz też odwołać się do wspomnień i kreatywnych wydarzeń z przeszłości (przypomnij sobie przyjemne i ekscytujące zdarzenie z najdrobniejszymi szczegółami), teraźniejszości (trzymaj zawsze przy sobie swoje ulubione powiedzenie albo popatrz za okno na świat) lub przyszłości (wyobraź sobie, że oto właśnie spełnia się twoja najdziwniejsza fantazja). Jeśli te techniki nadal nie wystarczą, możesz „kupić czas”. Bo, w niektórych przypadkach, najlepszym rozwiązaniem w sytuacji doświadczenia bólu jest zwyczajne fizyczne zdystansowanie się i oddalenie od sytuacji. Kiedy więc przytłaczają cię trudne emocje, umyj naczynia, podlej kwiaty albo idź do kosmetyczki, aby zyskać czas potrzebny do udźwignięcia przytłaczających emocji. W tym wypadku możesz liczyć też na korzyści wtórne: ukończysz wiele nieukończonych wcześniej zadań i obowiązków domowych. Bez względu na to, jaką wybierzesz strategię odwracania uwagi od przytłaczających emocji, ważne jest, abyś stworzył swój indywidualny plan, zapisując go na kartce. Kartkę trzeba nosić zawsze przy sobie.

## Samoukojenie

Równie ważną kompetencją osobistą potrzebną do tolerowania dyskomfortu psychicznego jest zdolność do samoukojenia. Jest to umiejętność szczególnie potrzebna ludziom, którzy mają tendencje do panikowania, kiedy znajdują się w obliczu przytłaczających emocji (np. doświadczanych w sytuacji kłótni z bliskimi czy porażki). Warto przed zajęciem się takimi trudnymi sprawami wyciszyć emocje i ukoić siebie, aby odzyskać siły potrzebne do podjęcia właściwej decyzji i reakcji. Samoukojenie powoduje relaks. Kiedy jesteś zrelaksowany, twoje ciało czuje się lepiej, a mózg łatwiej znajduje konstruktywne

sposoby radzenia sobie z trudną sytuacją. Do samoukojenia można wykorzystać wszystkie dostępne zmysły: węch (kup sobie cięte kwiaty), wzrok (znajdź zdjęcie, które cię koi), słuch (posłuchaj dźwięku produkowanego przez fontannę); smak (wypij ulubioną herbatę); dotyk (poproś kogoś bliskiego o wykonanie masażu). Każde działanie, które przynosi ci ukojenie, musi być podjęte natychmiast!

## Podróż do bezpiecznego miejsca

Kiedy jesteś już zrelaksowany, łatwiej będzie wykonać kolejne zadanie potrzebne do tolerowania dyskomfortu i odwracania uwagi. Jest nim wizualizacja bezpiecznego miejsca zgodnie z instrukcją: „Usiądź wygodnie, zamknij oczy, weź powolny, długi wdech przez nos, wstrzymaj oddech na pięć sekund, powoli wydechaj powietrze ustami... Wyobraź sobie, że wchodzisz do wybranego przez siebie bezpiecznego miejsca i zatapiasz się w nim korzystając ze wszystkich zmysłów. Najpierw rozejrzyj się, używając wyobrazonego zmysłu wzroku... Następnie użyj wyobrazonego zmysłu słuchu... Następnie spróbuj coś poczuć wyobrażonym zmysłem dotyku... Na

koniec użyj wyobrazonego zmysłu smaku. Czy coś jesz albo pijesz?...”

Do tego miejsca warto udać się, kiedy czujesz, że potrzebujesz więcej przestrzeni do podjęcia decyzji i, z całą pewnością, będzie to właściwa decyzja. Ty zaś zobaczysz, że zamiast ciągłego zamartwiania się problemami, która mogą nigdy nie nadejść – możesz cieszyć się chwilą obecną.

Literatura:

1. Jones D., Psychoterapia krótkoterminowa. Jak zostać terapeutą? Wyd. Poligraf, Łódź 2012.
2. Leahy R.L., Lekarstwo na zamartwienie. Jak w siedmiu krokach osiągnąć wewnętrzną harmonię. Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2010.
3. McKay M., Wood J.C., Brantley J., Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT). Praktyczne ćwiczenia rozwijające uważność, efektywność interpersonalną, regulację emocji i odporność na stres. WUJ, Kraków 2015

mgr Monika Kowalska-Wojtysiak  
psycholog, wykładowca UMED Łódź

## APEL O POMOC



Szanowni Państwo, nazywam się Mirosława Chojnacka, jestem pielęgniarką, członkiem naszej OPIP w Łodzi, zwracam się z prośbą o przekazanie 1% podatku w swoim zeznaniu podatkowym.

Mam syna chorego na mukowiscydozę, chorobę genetyczną nieuleczalną. Choroba ta u każdego chorego mimo ciągłego przyjmowania leków ciągle postępuje. Systematycznie wyniszcza cały organizm, powoduje włóknienie narządów (np. płuc, trzustki) życie każdego chorego na mukowiscydozę to ciągły wyścig z czasem i chorobą. W mukowiscydozie nadchodzi taki moment, że choremu niezbędna jest całkowita tlenoterapia (aparatury kosztuje około 15 tysięcy złotych) a leczenie należy prowadzić coraz to innymi antybiotykami, niestety droższymi i pełnopłatnymi.

Tylko 15% chorych przekroczyło 24 rok życia, mój syn ma 34 lata i wszystko robimy, aby jak najdłużej żył.

**Bardzo proszę przekażcie swój 1%**

**Fundacja Dzieciom „Zdążyć z pomocą”**

**KRS 0000037904**

**z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004**

Innym sposobem udzielania pomocy jest przekazanie darowizny w ciągu całego roku. Wpłaty prosimy kierować na konto:

Fundacja Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”

Bank BPH SA 15 1060 0076 0000 3310 0018 2615

Bank BPH SA (darowizny w ramach zbiórki publicznej) 61 1060 0076 0000 3310 0018 2660

z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004

Dziękujemy bardzo!



mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

## Sprawozdanie ze spotkania w Łódzkim Hospicjum dla Dzieci GAJUSZ

**W dniu 18 grudnia 2015 roku, tuż przed Świętami Bożego Narodzenia, członkowie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek, Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki oraz Pielęgniarek Ratunkowych odwiedzili, pierwsze w centralnej Polsce i drugie w kraju stacjonarne hospicjum dla dzieci Gajusz.**

**P**lacówka dla przewlekle i nieuleczalnie chorych lub osieroconych maluchów powstała 2 października 2013 roku przy ul. Dąbrowskiego 87. Miejsce, stylizowane na prawdziwy pałac, o powierzchni 2000 m<sup>2</sup>, zaprojektowane przez studentów ASP z Łodzi w „czynnie społecznym”, wyremontowali więźniowie z aresztu śledczego w Łodzi. Placówkę udało się zarejestrować pod nazwą Pałac-Hospicjum Stacjonarne dla Dzieci oraz Centrum Medyczne PoMoc: Hospicjum Perinatalne, Pediatria, Neurologia, Ginekologia.

Prace trwały 3 lata. Wartość inwestycji to 4 miliony złotych, w realizacji pomagało ponad 500 osób prywatnych oraz firm, 110 szkół i przedszkoli. Założycielką, a także Prezesem

powstałej 20 lutego 1998 roku Fundacji Gajusz jest Pani Tisa Zawrocka-Kwiatkowska, odznaczona Orderem Uśmiechu, mama nastoletniego dzisiaj Gajusza, który urodził się ciężko chory. Doświadczenia związane z trudnym czasem spędzonym z synem w szpitalu oraz walka o jego życie zaowocowały powstaniem Fundacji. Ważne i odpowiedzialne funkcje w Hospicjum pełnią również nasze koleżanki pielęgniarki – mgr Sylwia Kamińska-Tymińska jest Dyrektorem Zarządzającym Centrum Opieki Paliatywnej dla Dzieci, dr n. med. Jadwiga Mielczarek pielęgniarką oddziałową w Hospicjum Stacjonarnym a mgr Beata Prorok pielęgniarką koordynującą w Hospicjum Domowym.

Fundacja od 2007 roku prowadzi Dobre Hospicjum dla Dzieci w województwa łódzkiego. Pod stałą opieką są głównie pacjenci oddziału onkohaematologii Szpitala Klinicznego nr 4 im. Marii Konopnickiej przy ul. Spornej w Łodzi. Od 2007 roku organizuje opiekę paliatywną nad dziećmi w Armenii. W dniu 28 marca 2007 roku Fundacja GAJUSZ otrzymała odznakę Za Zasługi dla Miasta Łodzi.

Większość pacjentów GAJUSZA zmagają się z ciężkimi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, chorobami nerwowo-mięśniowymi, kardiologicznymi, metabolicznymi oraz genetycznymi. Choroby nowotworowe stanowią około 20 proc. Do chwili obecnej Hospicjum objęło swoją opieką już ponad 200 dzieci. Dzięki Domowemu

Hospicjum dla Dzieci Ziemi Łódzkiej, maluchy mogą te ostatnie, najcenniejsze i najważniejsze dni, spędzać w domu, w swoim pokoju, razem z rodzicami. Zapewnioną mają całodobową, bezpłatną opiekę medyczną, psychologiczną i socjalną. Pracownicy Hospicjum pomagają rodzinom w zdobyciu np. mieszkania, prawa jazdy. Kiedy stan małego pacjenta jest skrajnie ciężki, intensywniej włączają się w funkcjonowanie rodziny, pomagają zrobić zakupy, załatwić sprawy codzienne, wykupują leki dla wszystkich dzieci. Ważną rolę odgrywają również wolontariusze, gotowi nieść zawsze pomoc. W Hospicjum stacjonarnym udało się stworzyć odpowiednie warunki – jest ogród, są huśtawki i grill. Podopieczni wychodzą na zewnątrz. W Pałacu może przebywać 13 dzieci.

**Do chwili obecnej Hospicjum objęło swoją opieką już ponad 200 dzieci. Dzięki Domowemu Hospicjum dla Dzieci Ziemi Łódzkiej, maluchy mogą te ostatnie, najcenniejsze i najważniejsze dni, spędzać w domu, w swoim pokoju, razem z rodzicami. Zapewnioną mają całodobową, bezpłatną opiekę medyczną, psychologiczną i socjalną.**

W pokojach uwagę zwracają drewniane łóżeczka z kolorową pościelą i maskotki. Na pierwszym piętrze są biura i gabinety hospicjum domowego, a na drugim sala wykładowa – jako część Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, z którym Hospicjum nawiązało współpracę w 2009 roku. Studenci 6 roku medycyny uczą się tutaj przedmiotu, jakim jest opieka paliatywna nad dziećmi – to kilkanaście godzin wykładów, ćwiczeń i warsztatów, by poznać specyfikę opieki w przypadku



nieuleczalnie chorych dzieci. Uniwersytet Medyczny to jedyny uniwersytet w Polsce, który prowadzi tego typu zajęcia przez utworzoną Pracownię Pediatryczną Opieki Paliatywnej. Fundacja realizuje również granty i wydaje podręczniki oraz kwartalnik „Cztery Pory Roku Gajusza”.

**W 2014 roku Fundacja uruchomiła również Hospicjum Perinatalne działające przy Hospicjum Domowym. Opiekuje się ono rodzinami, u których w trakcie ciąży wykryto wadę letalną płodu, czyli wadę uniemożliwiającą przeżycie dziecka.**

W 2014 roku Fundacja uruchomiła również Hospicjum Perinatalne działające przy Hospicjum Domowym. Opiekuje się ono rodzinami, u których w trakcie ciąży wykryto wadę letalną płodu, czyli wadę uniemożliwiającą przeżycie dziecka. Wady te często prowadzą do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu lub zgonu dziecka w stosunkowo krótkim okresie czasu po urodzeniu. Do tej grupy należą m.in. nieprawidłowości chromosomowe np. trisomia 13 (zespół Patau), trisomia 18 (zespół Edwardsa), zespoły wad wrodzonych, wady wrodzone poszczególnych narządów lub układów, np. agenezja nerek, czy beczaszki. Rodzinom Hospicjum Perinatalne oferuje bezpłatnie konsultacje lekarzy (genetyka, ginekologa-położnika i pediatry), wsparcie w przygotowaniu domu do opieki nad chorym noworodkiem, a także profesjonalną pomoc psychologiczną i wsparcie duchowe w ciąży i podczas opieki nad dzieckiem. Hospicjum Perinatalne współpracuje ze szpitalem Pro-Familia w Łodzi przy ulicy Niciarnianej 49.

Praca w hospicjum dla dzieci jest trudna i bardzo obciążająca, wymagająca pewnych umiejętności czy też odwagi. Daje jednak niezwykle pocucie, że robi się coś ważnego, potrzebnego. Ludzie pracujący w Hospicjum to osoby o wielkich sercach, niosące ulgę w cierpieniu nieuleczalnie chorym dzieciom, towarzyszący w ich ostatnich chwilach życia.

Na Nowy Rok życzymy wszystkim pracownikom Hospicjum GAJUSZ, wytrwałości w realizacji podejmowanych zadań, satysfakcji i niegasnącej motywacji w poszukiwaniu kolejnych wyzwań.

[www.gajusz.org.pl](http://www.gajusz.org.pl)  
[www.pomoc.co](http://www.pomoc.co)

## Najlepsze położne w Polsce w 2015 roku! II edycja konkursu „Położna na medal” rozstrzygnięta

Zakończyła się II edycja kampanii społecznej zorganizowanej przez Akademię Malucha Alantan pod patronatem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Położnych, Fundacji Rodzic po Ludzku, Stowarzyszenia „Dobrze Urodzeni” i portalu [www.edukacja.pacjenta.pl](http://www.edukacja.pacjenta.pl). Zwycięzczynią ogólnopolskiego konkursu – który odbył się w ramach wyżej wymienionej kampanii – na najlepszą położną w Polsce została Martyna Mączka z Katowic.

– Położnictwo na przestrzeni ostatnich lat zmieniło swoje oblicze, a wraz z nim zmieniło się społeczne widzenie porodu i opieki okołoporodowej. Odradzająca się idea traktowania ciąży i porodu jako fizjologicznego procesu spowodowała konieczność wprowadzenia zmian w systemie opieki nad kobietą, matką i dzieckiem z uwzględnieniem standardów opieki okołoporodowej – stwierdziła Leokadia Jędrzejewska, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

Celem kampanii był wzrost świadomości nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej wśród położnych i pacjentek oraz podniesienie standardów pracy położnych w zgodzie z przyjętymi wymaganiami środowiska i oczekiwaniami pacjentów oraz uwiadomienie roli położnej, jej kompetencji i odpowiedzialności w oparciu o przyjęte standardy pracy, jaką na co dzień wykonuje.

– Dla uzyskania dobrych relacji z kobietą niezbędna jest otwartość na współpracę i współdziałanie, empatia, cierpliwość i wyrozumiałość, które powinny stać się wyznacznikami przyjaznego i profesjonalnego położnictwa. Spokojna i wzbudzająca zaufanie postawa położnej z pewnością pomoże kobiecie złagodzić lęk i stres związany z ciążą, porodem i położeniem i spowoduje, że narodziny dziecka staną się najważniejszym a zarazem najpiękniejszym wydarzeniem rodzinnym – dodaje pani konsultant.

W konkursie, który został przeprowadzony w ramach kampanii, wzięły udział 233 położne, na które oddano 9190 głosów. Najwięcej położnych wzięło udział w konkursie z województwa śląskiego (29 położnych), małopolskiego (27 położnych) i wielkopolskiego (24 położne). Natomiast najwięcej głosów na położne oddano w województwie małopolskim (1620 głosów), śląskim (1403 głosy) i dolnośląskim (1352 głosy).

– Na wszystkie oddane głosy patrzymy przez pryzmat jednego wielkiego dziękuję, zaadresowanego do wszystkich położnych. Konkurs to szansa wyróżnienia osób, które swój zawód traktują jak misję i powołanie. To tym bardziej ważne, że położne swoją pracą pomagają w przeżyciu jednego z najbardziej fascynujących momentów w życiu człowieka, narodzin – podkreśla Iwona Barańska z Akademii Malucha Alantan, organizatora kampanii i konkursu.

Kryteria oceny położnej zostały przygotowane w oparciu o rekomendacje konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego. Do udziału w konkursie zgłoszono zarówno położne, które prowadzą szkoły rodzenia, jak i te które przyjmują porody czy pracują na oddziałach noworodkowych.

– Wynik konkursu jest dla mnie ogromną niespodzianką, wspaniałym zakończeniem bardzo udanego dla mnie zawodu roku. Jestem poruszona, że tyle pań, którym miałam zaszczyt pomagać przy porodzie, postanowiło w taki sposób mi podziękować. Chcę podkreślić, że dzięki swojej pracy, która jest dla mnie przyjemnością, czuję się już dostatecznie wyróżniona. Rezultat konkursu utwierdził mnie w przekonaniu, że warto zabiegać o każdą rodzącą – o jej prawa, intymność i bezpieczeństwo – mówi Martyna Mączka, zwycięzczyni, która otrzymała aż 1067 głosów i która swoją pasję do porodów realizuje w jednym z katowickich szpitali, zajmuje się indywidualną opieką okołoporodową oraz prowadzi spotkania w dwóch szkołach rodzenia (Katowice, Wodzisław Śląski). Dodatkowo pracuje w poradni w Chorzowie oraz jest w trakcie studiów doktoranckich (obecnie III rok, SUM w Katowicach), podczas których zajęła się holistyczną opieką nad kobietą ciężarną, obserwując jak wpływa ona na wybrane parametry okołoporodowe.

Tuż za Martyną Mączką uplasowała się Magdalena Kowalczyk-Perdek – położna z 13-letnim stażem zawodowym, która na co dzień pracuje w stolicy Dolnego Śląska i na którą oddano 1051 głosów.

– Nie spodziewałam się, że uda mi się zakwalifikować do pierwszej dziesiątki. Już sam fakt dołączenia do grona położnych starających się o „medal” był dla mnie wielkim wydarzeniem i wielką wygraną. Jest mi bardzo miło, że tak wiele pacjentek odbiera mnie pozytywnie, czego dowodem są tak liczne głosy. Chciałabym bardzo serdecznie podziękować wszystkim pacjentkom i ich rodzinom za wsparcie i za głosy – komentuje Magdalena Kowalczyk-Perdek.

Trzecie miejsce przypadło krakowskiej położnej z 27-letnim stażem pracy – Lucynie Mirzyńskiej, która otrzymała 960 głosów i udział w konkursie zadedykowała swoim pacjentkom.

– To podium to wasze serce do mnie, to wasza pamięć, gdyby nie wy, nie byłoby mnie tutaj. Taka położna, jakiej macie pacjentki – jesteście świadome i wymagające, bo takie macie prawo, aby otoczyć swoje Szczęście jak najlepszą opieką. Mój zawód daje mi możliwość uczestnictwa w chwilach wielkiego szczęścia, niesamowitych emocji, trudu uczenia się macierzyństwa. To zaszczyt móc być waszą położną. Cieszę się, że mogę przedstawić pracę położnej rodzinnej według standardów opieki okołoporodowej, to dla mnie najważniejszy cel konkursu – dodaje Lucyna Mirzyńska.

Wszystkim położnym gratulujemy i dziękujemy za udział w konkursie! Wręczenie nagród odbędzie się 11 marca podczas uroczystej gali w Warszawie.

Więcej informacji na stronie: [www.pozoznanamedal.pl](http://www.pozoznanamedal.pl)

Pragnę tą drogą złożyć najserdeczniejsze podziękowania całemu Zespołowi Lekarzy, pod kierownictwem Pani prof. dr hab. Krystyny Stec-Michalskiej, Panu dr nauk med. Markowi Romanowskiemu, Pani dr nauk med. Katarzynie Krawczyk i wszystkim lekarzom-specjalistom, jak również całemu Personelowi Pielęgniarek, pod kierownictwem Pielęgniarki Oddziałowej, Pani **Małgorzaty Jadczyk**, także Paniom salowym i innym osobom opiekującym się pacjentami na Oddziale Gastroenterologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej, przy Placu Hallera 1 w Łodzi, za troskliwą opiekę w trakcie mojego leczenia w grudniu 2015 r. na tym Oddziale.

Pragnę podziękować za poświęcenie, za pomoc i wytrwałość w każdych, szczególnie w najtrudniejszych chwilach, za wyrozumiałość dla słabości pacjenta, a przede wszystkim za najwyższe kwalifikacje i fachowość w leczeniu.

Dziękuję za życzliwość, ciepłą atmosferę, empatię – tak potrzebną w ciężkich chwilach pacjentowi i jego bliskim, za dobre słowo i wsparcie psychiczne.

Jednocześnie z okazji rozpoczynającego się Nowego 2016 Roku, pragnę złożyć całemu Zespołowi Medycznemu najlepsze życzenia – pomyślności, zdrowia, realizacji planów osobistych i zawodowych oraz sukcesów w ratowaniu życia ludzkiego i leczeniu pacjentów.

Wdzięczna pacjentka,  
Józefa Plich, 11 stycznia 2016 r.

Pragnę serdecznie podziękować całemu zespołowi Pielęgniarskiemu i Lekarskiemu Oddziału Ginekologii Operacyjnej i Zachowawczej oraz zespołowi Pielęgniarek Anestezjologicznych Miejskiego Centrum Medycznego im. Karola Jonschera – Szpital przy ul. Przyrodniczej w Łodzi – za troskliwą i profesjonalną opiekę medyczną. Życzliwość, ciepłe słowa oraz wsparcie, jakie otrzymałam z Państwa strony są nieocenione.

Wdzięczna pacjentka  
Joanna Gąsiorowska

Serdeczne podziękowania dla całego zespołu Szpitalnego Oddziału Ratownictwa Medycznego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 im. M. Konopnickiej UM w Łodzi, a w szczególności personelowi pielęgniarskiemu i ratownikom za zaangażowanie, ciężką pracę oraz profesjonalne i empatyczne podejście zarówno do małych pacjentów jak i ich rodziców.

Z wyrazami szacunku  
rodzice Jakuba Woźniaka



Zwycięzcy  
II edycji konkursu  
„Położna na medal”

I miejsce  
Martyna Mączka, Katowice

II miejsce  
Magdalena Kowalczyk-Perdek,  
Wrocław

III miejsce  
Lucyna Mirzyńska, Kraków

Najlepsze położne  
w II edycji konkursu  
„Położna na medal”  
w województwie łódzkim

I miejsce  
Sylwia Żenicka, Łódź

II miejsce  
Marta Mądra, Łódź

III miejsce  
Edyta Wojtal, Bełchatów

# Kobiety dzięki którym powstała opieka hospicyjno-paliatywna

**Chciałabym przypomnieć i przybliżyć państwu sylwetki trzech wspaniałych i odważnych kobiet, dzięki którym rozwinęła się idea hospicyjna w Europie i Stanach Zjednoczonych w XX wieku: Cicely Saunders, Sue Ryder, Elizabeth Kubler-Ross.**

Wybór ich drogi życiowej był podyktowany ogromną wrażliwością na cierpienie drugiego człowieka. S. Ryder i C. Saunders w czasie II wojny światowej pracowały jako pielęgniarki, gdzie zetknęły się z bólem, śmiercią i żałobą. E. Kubler-Ross – pracując już jako lekarz w amerykańskim szpitalu, zauważyła, jak mało uwagi poświęca się umierającym, spychając ich potrzeby psycho-społeczne na margines. Odrzucenie, bezradność współczesnych wobec ludzi cierpiących i umierających, głównie z powodu chorób nowotworowych – spowodowały, że każda z tych kobiet podjęła decyzję o zmianie status quo. Wkraczając na tę drogę nie przewidziały, że stanie się to ich „przygodą” życia, pasją, a wręcz misją.

## Cicely Saunders (1918–2005)

Cicely Saunders wypracowała podstawy nowoczesnego modelu opieki paliatywno-hospicyjnej. Była pielęgniarką w czasie II wojny światowej. W 1947 r. poznała polskiego uciekiniera z warszawskiego getta Dawida Taśmę, umierającego w szpitalu z powodu choroby nowotworowej. Rozmowy z nim miały olbrzymi wpływ na dalsze działania Cicely. W 1958 r. ukończyła studia medyczne, a w 1967 r. założyła pierwsze na świecie Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie. To nie jedyny polski akcent w życiu Cicely, wyszła za mąż za Mariana Szyszko-Bohusza, polskiego emigranta-malarza ekspresjonistę, publicystę, krytyka sztuki. C. Saunders wielokrotnie odwiedzała Polskę. Trzykrotnie gościła w krakowskim Hospicjum Św. Łazarza na zaproszenie Towarzystwa Przyjaciół Chorych. Podarowała Hospicjum dwa obrazy namalowane przez jej męża, które wiszą w holu głównym.

## Sue Ryder (1923–2000)

Po wybuchu II wojny światowej, mając zaledwie 16 lat, wstąpiła ochotniczo do Formacji Pielęgniarek Pierwszej Pomocy. W czasie wojny służyła w polskiej sekcji brytyjskiego zarządu

operacji specjalnych, zajmujących się dywersją w okupowanej Europie. Tam współpracowała z cichociemnymi (żołnierze, partyzanci Polskich Sił Zbrojnych desantowani (z Anglii, Włoch) do okupowanej Polski) których odwaga, determinacja i poświęcenie wywarły ogromny wpływ na jej przyszłość. W trakcie swej służby zetknęła się bezpośrednio z ogromem ludzkiego cierpienia. Po zakończeniu wojny niosła pomoc byłym więźniom niemieckich obozów. Jednocześnie odwiedzała alianckie więzienia, ratując życie wielu skazanym na śmierć. Doświadczenia te spowodowały, że bez reszty zaangażowała się w prace charytatywne na rzecz chorych, bezdomnych i pozbawionych środków do życia. Bezpośrednio po wojnie, wraz z międzynarodową grupą wolontariuszy, pospieszyła z pomocą mieszkańcom Warszawy, by później stale pomagać Polsce i Polakom. W 1953 r. założyła Sue Ryder Foundation z siedzibą w domu swojej matki w Cavendish w Anglii w hołdzie ofiarom drugiej wojny światowej. Fundacja zajęła się wznoszeniem tzw. Domów Sue Ryder, szpitali, hospicjów, domów opieki, które powstawały na całym świecie. Najwięcej Domów Sue Ryder aż w 30 miejscowościach powstało w Polsce. Domy te mają charakter pawilonów, są w pełni przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Na ogół są usytuowane na obszarze zalesionym lub w zespołach parkowo-pałacowych. S. Ryder wielokrotnie odwiedzała założone przez siebie placówki, finansowała remonty i przebudowy, przywoziła sprzęt medyczny i leki. Pierwszy Dom S. Ryder w Polsce powstał w 1957 r. w Konstancinie z przeznaczeniem dla dzieci chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Pod koniec lat 90. ufundowała nowoczesny szpital onkologiczny w Gdyni. W 1994 r. powstał Dom S. Ryder w Bydgoszczy, w którym mieści się oddział opieki paliatywnej, hospicjum dzienne, domowe, poradnia medycyny paliatywnej, zespół domowego leczenia respiratorem. W 1991 r. założyła niezależną Fundację Sue Ryder w Polsce. W naszym kraju czuła się jak w domu i to właśnie Polskę traktowała, jak swoją drugą ojczyznę.

## Elizabeth Kubler-Ross (1926–2004)

Elizabeth Kubler-Ross ukończyła studia medyczne w Szwajcarii, a na staż z psychiatrii wyjechała do Stanów Zjednoczonych, gdzie została do końca życia. Pracując w amerykańskich szpitalach była zaszokowana podejściem do chorych umierających. Zapoczątkowała cykl wykładów na ten temat. Potem wydała książkę „Rozmowy o śmierci i umieraniu”, w której przedstawiła psychologiczną teorię reakcji pacjenta na wiadomość o nieuleczalnej chorobie i bliskiej perspektywie śmierci. Wydanie tej książki zapoczątkowało ruch hospicyjny w USA. Pozycja ta jest obowiązkową lekturą osób angażujących się w opiekę hospicyjną.

Co łączy te trzy kobiety, liderki ruchu hospicyjnego? Moim zdaniem dostrzeżenie problemu braku odpowiedniej opieki nad ludźmi umierającymi, cierpiącymi-przede wszystkim z powodu chorób nowotworowych, ale także w wyniku chorób neurodegeneracyjnych, AIDS. Każda z nich – na swój sposób – wniosła wkład w rozwój opieki hospicyjnej. C. Saunders wypracowała standardy postępowania w opiece paliatywnej. S. Ryder – była fundatorką wielu hospicjów. E. Kubler-Ross – miała odwagę rozmawiać i zadawać pytania ludziom umierającym.

Dzięki emocjonalnym związkom C. Saunders i S. Ryder z Polską zaczęła kiełkować w naszym kraju idea hospicyjna. W 1978 r. C. Saunders prowadzi wykłady w Krakowie, Warszawie, Gdańsku, inspirując do działania duszpasterzy i środowisko medyczne. Początkowo przybierała formę wolontariatu. Tworzyli ten ruch ludzie z pasją, którzy niejednokrotnie musieli walczyć z oporem i sprzeciwem władz komunistycznych oraz niechęcią mieszkańców osiedli, gdzie powstawały hospicja stacjonarne. W Polsce prekursorką w zakresie opieki domowej była Hanna Chrzanowska (1902–1973). Była absolwentką Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, redaktor miesięcznika „Pielęgniarka Polska”. Po wojnie pracowała w szkolnictwie pielęgniarskim. Już jako emerytka zorganizowała i prowadziła na terenie Krakowa i okolic, społeczne pielęgniarstwo domowe. Miało ono za cel objęcie opieką we własnych domach „osoby przewlekle chore i w stanie terminalnym, z uwzględnieniem ich potrzeb zarówno fizycznych, jak i psychospołecznych oraz duchowych. Nawiązując do tych pięknych tradycji, powstało

w 1981 r. w Krakowie, Towarzystwo Przyjaciół Chorych-Hospicjum, które przystąpiło do budowy pierwszego w Polsce hospicjum stacjonarnego. Hospitium Pallotinum w Gdańsku było drugim po krakowskim ośrodkiem w Polsce. W 1985 r. powstało trzecie hospicjum św. Jana Kantego w Poznaniu. Od tego czasu zaczęły powstawać hospicja w innych miastach Polski. W 1999 r. medycyna paliatywna staje się szczegółową specjalizacją medyczną, a opieka paliatywna – specjalizacją pielęgniarską. W 2007 r. Polska została sklasyfikowana na 5 miejscu w Europie pod względem rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Polska na dzień dzisiejszy znajduje się w grupie państw IV b, tj. krajów o najwyższym poziomie opieki paliatywnej na świecie.

Autor do wiadomości redakcji



## Spotkanie emerytowanych pielęgniarek z przedstawicielami Studenckiego Koła PTP przy UM w Łodzi

mgr ELŻBIETA MIELCZAREK-PANKIEWICZ

**Z inicjatywy Studenckiego Koła PTP przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi w dniu 11 grudnia 2015 r. w siedzibie Uczelni przy Narutowicza 58 odbyło się spotkanie pielęgniarek, należących do Koła Emerytek przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, z młodzieżą zrzeszoną w Kole PTP, pracującym pod opieką mgr Katarzyny Olczak.**

W spotkaniu wzięło udział w sumie 19 osób. Emerytowane Koleżanki reprezentowały: Barbara Dobrowolska, Agnieszka Domżańska, Krystyna Ejsmont, Benilda Fabian, Elżbieta Król, Zdzisława Kulesza, Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz i Daniela Ptaszek. Gości podjęli wspianą kawą z wypiekami Katarzyna Olczak i Jej podopieczni studenci: Patryk Dec, Natalia Doroba, Łukasz Graczyk, Marcelina Kalarus, Marek Kamiński, Blanka Karwowska, Maria Ptaszek, Barbara Sarat, Agnieszka Sroka oraz Marta Wiśniewska.

Podczas dwugodzinnej ożywionej rozmowy Seniorki wspominały swoją pracę zawodową w różnych miejscach i na różnych stanowiskach, np. jako pielęgniarki odcinkowe, oddziałowe, przełożone, nauczycielki (B. Dobrowolska, D. Ptaszek), a nawet politycy (K. Ejsmont, współtwórczyni ustawy o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych podczas pracy poselskiej w Sejmie X Kadencji). W czasie wspomnień dominowały opowiadania o zdecydowanie trudniejszych warunkach pracy, może niekoniecznie związanych z niedoborem pielęgniarek (co jest zwłaszcza narastającym problemem w dzisiejszych czasach), co z brakami w wyposażeniu – niedostatkiem udogodnień ułatwiających wykonywanie wielu czynności, ma to miejsce obecnie, w związku z postępowaniem technologicznym (któremu jednak nie towarzyszy wszechstronna opieka pielęgniarska uzależniona m.in. od predyspozycji osobowościowych, w tym – wrażliwości na potrzeby drugiego człowieka).

Dr B. Dobrowolska wspominała tragiczne czasy okupacji i czasów powojennych (opisane m.in. w swoich opracowaniach historycznych), ogromny brak pielęgniarek, zwłaszcza dyplomowanych. Przyjmowano sanitariuszki, osoby po kursach РКК, a nawet wolontariuszki, zwane pielęgniarkami przyuczonymi. Nestorka podkreślała pozytywne aspekty współczesnego pielęgniarstwa: intensyfikację kształcenia kadr (współorganizowała m.in. Wydział Pielęgniarstwa przy AM w Lublinie), ale równocześnie pogorszenie jakości, a nawet brak opieki pielęgniarskiej,

narastającą obojętność i znieczulicę wobec chorych. Zanika zainteresowanie etyką i historią zawodu. B. Dobrowolska zachęcała studentów, by włączyli się do prac archiwalnych (które od lat prowadzi z mgr Marią Rzepkowską) oraz poprosiła ich o pomoc w czasie spacerów ociemniałej pielęgniarce.

W dyskusji podkreślano: konieczność sprawowania nadzoru nad praktykami studenckimi przez pracowników uczelni; rolę kierowniczej kadry w „wychowywaniu” młodych kadr; kształcenie umiejętności psychospołecznych pielęgniarek, motywowanie ich do przestrzegania – mimo trudności – zasad nienagannej pracy zawodowej oraz zachowania empatii, szacunku i życzliwości wobec drugiego człowieka. Troska o jakość sprawowanej opieki nad chorymi, a także dbałość o własną rodzinę mogą dostarczyć satysfakcji z życia, zarówno osobistego, jak i zawodowego, która często idzie w parze. Tego właśnie seniorki życzyły młodzieży, wyrażając zadowolenie z miłego spotkania, zakończonego obejrzeniem szkolnej sali ćwiczeń. Obie strony wyraziły zainteresowanie dalszymi spotkaniami, które powinny zaowocować pogłębianiem więzi międzypokoleniowej, korzystnej dla nas wszystkich.

