

ISSN 1640-7679

# Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

5/2017



**26 maja  
- 1 czerwca**  
**Ogólnopolski  
Tydzień  
Promocji  
Karmienia  
Piersią**

**Niefarmakologiczne  
metody łagodzenia  
bólów porodowego**

**4**

**Zarządzanie  
czasem w praktyce**

**8**

**Sprawozdanie z konferencji  
„Postępowanie z raną  
przewlekłą”**

**9**

**Wojna krymska  
a Florence Nightingale  
i jej łódzkie  
naśladowczynie**

**16**



# KONFERENCJA POSTĘPOWANIE Z RANĄ PRZEWLEKŁĄ

23 MARCA 2017 r.

URZĄD MIASTA ŁODZI  
UL. PIOTRKOWSKA 104, ŁÓDŹ



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi  
Agnieszka Kałużna

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 II i IV środę miesiąca  
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych  
Edyta Ziemkiewicz  
dyżuruje w I i III czwartek miesiąca  
w godz. 15.00–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

Joanna Gąsiorowska  
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

Biurowisko 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 OIPI

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 OIPI

– 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

PRAKTYKA ZAWODOWA 4

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 11

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 16

PODZIĘKOWANIA 19

60-lecie PTP I–IV

### OGŁOSZENIE O PRACĘ

Miejskie Centrum Medyczne "Widzew" w Łodzi  
zatrudni od lipca 2017 r. na umowę o pracę  
w pełnym wymiarze godzin  
**pielęgniarkę medycyny szkolnej.**

Osoby zainteresowane proszone są o kontakt:  
Miejskie Centrum Medyczne "Widzew"  
al. Piłsudskiego 157  
tel. 42 674 86 36  
e-mail: sekretariat@mcmwidzew.pl

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: © oksun70 – okładka,

© IuriiSokolov – s. 4, © HASLOO – s. 8

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPI.

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: OIPI – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

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

### ORGANIZATORZY

evereth

KATEDRA I ZAKŁAD ANATOMII  
OPISOWEJ I TOPOGRAFICZNEJ  
ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU  
MEDYCZNEGO



Naczelna Rada  
Pielęgniarek i Położnych  
Patronat Honorowy Prezesa NRPiP

### PATRONAT

Forum Leczenia Ran



## Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

**XVIII posiedzenia Prezydium ORPiP  
w dniu 29 marca 2017 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 11 pielęgniarek i 2 pielęgniarzy.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 9 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki i 1 pielęgniarka.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarek..
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarka.
- ▶ Przyjęto oświadczenia o czasowym zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarka.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 16 praktyk pielęgniarek, 2 praktyki pielęgniarzy wykonywane w podmiotach leczniczych.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 praktyk pielęgniarek, 1 praktyki pielęgniarki i 1 praktyki położnej w zakresie miejsca wykonywania praktyk.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej, 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:
  - skierowano na przeszkolenie – 1 pielęgniarka.
- ▶ Dokonano wpisu w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – wpisano 3 szkolenia specjalistyczne, 2 kursy specjalistyczne i 1 kurs dokształcający u 3 organizatorów.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi zapomogi losowe w wysokości: 1 × 2000 zł, 5 × 1500 zł. Odmówiono ze względów regulaminowych 1 osobie przyznania zapomogi losowej – na opisane zdarzenia była przyznana zapomoga, od której nie upłynęło 2 lata, zgodnie z obowiązujących regulaminem.
- ▶ Zatwierdzono:
  - honorarium dla 4 autorów artykułu opublikowanego w Biuletynach OIPiP Nr 3/2017.
  - sfinansowanie 2 członkom Komisji Opieki Paliatywno-Hospicyjnej OIPiP w Łodzi kosztów udziału w XVII ogólnopolskiej konferencji medycyny paliatywnej „Hospicjum 2017” w Toruniu, w dniach 26–27 maja 2017 r.
  - kadre dydaktyczną dla: 4 szkoleń specjalistycznych i 8 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi, realizowanych w zakładach i OIPiP w Łodzi.

- skład osobowy dla 10 komisji kwalifikacyjnych i 1 komisji egzaminacyjnej dla kursów specjalistycznych i szkolenia specjalistycznego realizowanych w zakładach i OIPiP w Łodzi.
- sfinansowanie kosztów zakupu przełącznika sieciowego z zasilaniem, przedłużenia licencji na oprogramowanie antywirusowe w OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do 6 komisji egzaminacyjnej – 3 kursów kwalifikacyjnych i 3 kursów specjalistycznych, u 2 organizatorów kształcenia.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych – 15 pielęgniarek oddziałowych.

**XVIII posiedzenia ORPiP  
w dniu 11 kwietnia 2017 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarka.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek wykonywanych w podmiotach leczniczych.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki w zakresie miejsca wykonywania praktyk.
- ▶ Dokonano wykreślenia wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki położnej, zgodnie z wnioskiem.
- ▶ Dokonano wpisu zmiany danych w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – wpisano zmiany w zakresie 2 kursów specjalistycznych u 1 organizatora.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej, 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:
  - skierowano na przeszkolenie – 3 pielęgniarki,
  - wydano zaświadczenia o odbyciu przeszkolenia – 2 pielęgniarkom.

- ▶ Utrzymano w mocy 8 decyzji odmowy przyznania dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych udziału w szkoleniach specjalistycznych, zgodnie z regulaminem – wnioski złożone po terminie składania wniosków, zajęcia odbywały się w miejscowości zamieszkania lub zatrudnienia, brak udokumentowania regularnego opłacania składek członkowskich na rzecz OIPiP przez okres co najmniej 2 lat od daty złożenia wniosku.
- ▶ Zatwierdzono:
  - zmiany w planie szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w 2017 roku – zgodnie z wnioskami zakładów tj. zwiększono liczbę 3 edycji kursu specjalistycznego i 1 edycję kursu kwalifikacyjnego realizowanych w zakładach – aktualny plan szkoleń i kursów na 2017 r. dostępny na stronie internetowej OIPiP.
  - wyrażono zgodę na udział pielęgniarki w kursie kwalifikacyjnym organizowanym i finansowanym przez OIPiP w Łodzi.
  - zmianę Pełnomocnika ORPiP w 1 rejonie wyborczym/zakładzie, zgodnie z wnioskiem.
  - zakup sprzętu/fantomów do prowadzenia zajęć dydaktycznych na kursach specjalistycznych dla pielęgniarek i położnych organizowanych przez OIPiP w Łodzi.
  - koszty organizacyjne: „Dnia z Pielęgniarką i Położną” w Manufakturze w Łodzi w dniu 13 maja 2017 r. oraz Konferencji „Dziecko krzywdzone – różne aspekty problemu” organizowanej przez OIPiP w Łodzi wraz z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego w Urzędzie Miasta Łodzi w dniu 25 maja 2017 r.
  - objęcie patronatem honorowym OIPiP w Łodzi: 43 Zjazdu Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów i Sekcji Pielęgniarskiej PTN-ch w Łodzi, w dniach 06–09.09.2017 r. oraz Konferencji „Żywność dla przyszłości” organizowanej przez firmę Nestle Polska S.A. i Komisję Położnych w OIPiP w Łodzi, w dniu 03.06.2017 r.

- dofinansowanie konferencji szkoleniowo-naukowej „Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce. Jakość życia pacjenta a jakość opieki pielęgniarskiej” w Łodzi w dniu 07.06.2017 r.
- kadre dydaktyczną dla 1 szkolenia specjalistycznych i 3 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi, realizowanych w zakładach lub w OIPiP.
- skład osobowy komisji kwalifikacyjnych dla 3 kursów specjalistycznych i komisje egzaminacyjne dla 5 kursów specjalistycznych i 3 kursów kwalifikacyjnych, realizowanych w zakładach i w OIPiP.
- zmiany w składzie osobowym składu osobowego Zespołu ds. wydawania opinii w sprawie planowanych do wprowadzenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych – wpisano 1 osobę.
- zmiany dotyczące komisji problemowych OIPiP w Łodzi, zgodnie z wnioskami: wpisano 1 członka do składu osobowego Komisji kształcenia, promocji i rozwoju zawodowego oraz zakończono działalność Komisji Warunków Pracy i Zatrudnienia OIPiP – wykreślono komisji i jej członków.
- uzupełnienie wyposażenia OIPiP w Łodzi m.in. w: serwer zapasowy/nadmiarowy do obsługi aplikacji składkowej, projektory na sale szkoleniowe, aktualizację programów w dziale księgowości OIPiP.
- ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do komisji egzaminacyjnej kursu specjalistycznego u 1 organizatora kształcenia.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych – 1 naczelną pielęgniarek i 1 pielęgniarki oddziałowej.

oprac.  
mgr Maria Kowalczyk  
Sekretarz ORPiP

**Zmiany w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych****Informacja dla pielęgniarek i położnych**

Zgodnie z ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1991 z późn. zm.), od dnia 1 maja 2017 r. za pośrednictwem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych zwanego dalej SMK będą przeprowadzane:

- postępowania kwalifikacyjne dopuszczające do specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego, specjalistycznego i dokształcającego,
- składanie wniosków o dopuszczenie do egzaminu państwowego.

Do korzystania z SMK niezbędne będą: dostęp do Internetu, adres e-mail, zainstalowana wersja oprogramowania Java 7 z najnowszą aktualizacją, przeglądarka internetowa Mozilla Firefox, Internet Explorer (najnowsze wersje).

**Więcej informacji na stronie internetowej:**

**[www.nipip.pl](http://www.nipip.pl)**

**[www.oipp.lodz.pl/aktualnosci](http://www.oipp.lodz.pl/aktualnosci)**

# Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego cz. 2

dr n. med. **BOGUSŁAWA RUDNICKA**

**K**obieta oczekująca narodzin swojego dziecka powinna przygotować się do porodu, by mieć świadomy wpływ na jego sprawniejszy przebieg. W połączeniu z niefarmakologicznymi metodami łagodzenia bólu porodowego może w ten sposób znacznie wyeliminować strach, lęk oraz minimalizować dolegliwości związane z porodem.

Zastosowanie niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wspiera naturalny przebiegu porodu, eliminuje napięcie oraz ogranicza podaż leków analgetycznych i anestetycznych.

## Psychoprofilaktyczne ujęcie bólu porodowego

Profesjonalne przygotowanie do porodu oparte jest na zasadach psychoprofilaktyki poprzez stosowanie różnych metod mających na celu redukcję bólu porodowego.

Jedną z nich jest metoda Lamaze'a, która wykazuje, że znajomość fizjologicznego przebiegu porodu może mieć wpływ na podwyższenie progu bólowego u kobiety rodzącej, która jest w stanie kontrolować odczuwanie bólu. Cechą charakterystyczną tej metody jest stosowanie kontrolowanego oddechu i technik relaksacyjnych z wykorzystaniem np. wizualizacji.

Rozszerzenie technik relaksacji, koncentracja na swoim ciele i współpraca z nim odwracają uwagę od bólu – jak podkreśla Bradley, którego metoda zwana jest także „rodzeniem z mężem”. To partner pozwala rodzącej na stan pełnego relaksu. Metoda Bradleya również preferuje ćwiczenia usprawniające, które zmniejszają napięcie mięśni oraz poprawiają elastyczność tkanek.

Kolejna metoda łagodząca dolegliwości bólowe związane z czynnością skurczową mięśnia macicy, opiera się na utworzonej przez położnika angielskiego Dick-Reada triadzie, zawierającej elementy: strach-napięcie-ból. Nieprzygotowana do porodu kobieta podczas porodu odczuwa lęk, który wywołuje napięcie, prowadząc do silnego odczuwania bólu. Następnie ból ten zwiększa występujący już lęk, który powo-

duje wzrost napięcia. Metoda Dick-Reada polega na przerywaniu tego błędnego koła; proponowane są ćwiczenia oddechowe, które eliminują napięcie podczas porodu, kobieta rodząca nie odczuwa niepotrzebnego lęku, skoncentrowana jest na przebiegu porodu, na reakcji własnego organizmu, jest wolna od napięcia psychicznego, co przekłada się na zmniejszenie napięcia fizycznego.

Metoda Kitzinger z kolei zakłada, że poród jest jedną z form seksualizmu w życiu kobiety. Sheila Kitzinger wykazuje zależność nerwowo-mięśniową między mięśniami wokół pochwy i ust. Gdy rodząca odczuwa napięcie w okolicy pochwy, może sobie pomóc poprzez rozchylenie lekko ust, rozluźnienie języka i żuchwy, co ułatwia dalsze rozluźnienie okolic krocza. Metoda daje duże możliwości w walce z bólem porodowym.

Technika Leboyera jest koncepcją porodu „bez przemocy”; popularyzuje założenia porodu „miękkiego”, minimalizującego szok poporodowy dziecka. Działania te uzyskuje się poprzez przygotowanie miejsca narodzin jako pomieszczenia cichego, ciepłego, z delikatnym oświetleniem. Uważa się, że najlepsze warunki można uzyskać podczas porodu „do wody”.

## Relaks jako metoda łagodzenia bólu porodowego

Uzyskanie umiejętności rozluźniania i napinania mięśni jest bardzo ważnym elementem w kontrolowaniu i eliminowaniu bólu porodowego. Relaks podczas porodu jest czynnością nabytą, obejmuje spokój, odpoczynek w przerwie międzyskurczowej oraz zmniejszenie napięcia psychofizycznego. Do nauki relaksacji podczas narodzin dziecka można stosować trening autogenny Schultza, polegający na całkowitym samoodprężeniu,

lub Jacobsona, ograniczony do pewnych grup mięśniowych. Swoją rolę w propagowaniu napinania i rozluźniania mięśni miał również profesor W. Fijałkowski. Poprawne opanowanie technik relaksacji pozwala rodzącej złagodzić dolegliwości bólowe podczas porodu.

Relaksacji sprzyja atmosfera panująca w sali porodowej, bliskość osoby towarzyszącej podczas porodu, spokój, eliminacja hałasu.

Wizualizacja – jako część relaksu – pozwala „chronić zmysły przed bólem”, a polega na skoncentrowaniu się na miłym wydarzeniu z przeszłości lub wyobrażeniu sobie obrazu, dzięki któremu kobieta rodząca odwraca swoje myśli od doznań bólowych. W konsekwencji skutkuje to relaksacją i rozluźnieniem.

Świadome oddychanie podczas porodu torem przeponowym ułatwia rodzącej odprężyć się, zmniejsza ból odczuwany podczas porodu. Ćwiczenie oddychania torem przeponowym polega na ruchach unoszących brzuch ku przodowi i cofaniu go. Wdech powinien być zsynchronizowany z wypychaniem brzucha, podczas gdy wydech z jego opadaniem. Oddech powinien być wstrzymany na kilka sekund, a następnie wykonany powolny wydech przez usta, dwa razy dłuższy niż wdech. Oddychanie powinno być zgodne z torem przeponowym. Po wydechu następuje relaksacja i odpoczynek. W początkowej fazie pierwszego okresu porodu (do 5 cm rozwarcia) oddech rodzącej powinien być spokojny, powolny i wydłużony, zbieżny z przebiegiem fali skurczowej. Wraz z postępem porodu rytm oddychania należy przyspieszyć, skrócić i odwrócić jego falę, wracając do początku (wdech i wydech). Końcowa faza rozwarcia powinna charakteryzować się krótkimi, urywanymi, powierzchniowymi i szybkimi ruchami przepony na szczycie skurczu, poprzedzonymi głębokimi oddechami. Rytm ten obrazuje ziajanie, dyszenie, krótkie dmuchanie. W trakcie trwania

skurczów partych kobieta rodząca powinna wykonywać wdech i wydech na początku skurczu, w następnej kolejności nabrać powietrze w dolne partie płuc i wywrzeć nacisk na tlocznę brzuszną w kierunku spojenia łonowego. Parcie powinno nasilać się do szczytu skurczu i ustępować.

Relaks podczas porodu angażuje umysł i ciało. Do uzyskania takiego stanu można wykorzystać metody medycyny chińskiej pod postacią akupresury, masażu „Shiatsu”, technik „Polarity” czy „Reiki”.

Akupresura polega na dotykaniu, głaskaniu, uciskaniu i opukiwaniu określonych miejsc na stopach i dłoniach. Powoduje to ucisk na obecne tu receptory, które pobudzają sfery relaksacyjne – wytwarza się więcej endorfin. Uciskanie nie powinno przekraczać 15 minut. Akupresura łagodzi stres, zmęczenie. W trakcie porodu poprawia samopoczucie rodzącej, a gdy wykonywana jest przez osobę bliską kobiecie rodzącej – zwiększa uczucie wspólnego uczestniczenia w akcie narodzin. Akupresura ma działanie relaksujące również na mięsień macicy, co może wydłużyć poród.

Masaż „Shiatsu” to japońska sztuka pracy z ciałem. Jest on doskonałą formą relaksu dla rodzących kobiet. Shiatsu to masaż uciskowy poszczególnych punktów umieszczonych na powierzchni ciała. Podczas jego wykonywania uciska się jednocześnie kilka lub kilkanaście takich punktów, co w znacznym stopniu znosi ból w okolicy odcinka lędźwiowego kręgosłupa i szyi. Ułatwia rozluźnienie i odpoczynek w przerwie międzyskurczowej. Jest doskonałym sposobem na pogłębienie więzi między partnerami poprzez świadomy i wspierający dotyk. Podczas wykonywania masażu należy omijać okolice żołądka, nóg od kolan w dół, mięsistego płata skórniego między palcem wskazującym a kciukiem oraz barków w okolicy szyi.

Technika „Polarity” polega na polaryzacji ciała, które ma bieguny: dodatni – górna część ciała, ujemny – dolna część ciała oraz neutralny – przepona. Dzięki polaryzacji, przez ciało przepływa energia, która wymienia się z otoczeniem. Silny stres i ból towarzyszące porodowi powodują zaburzenia równowagi organizmu. W celu przywrócenia zrównoważenia energii przykładają się dłonie w miejsca odmiennie spolaryzowane. Dzięki takiemu działaniu zostaje zharmonizowany przepływ energii w ciele kobiety rodzącej. Technika ta przynosi równowagę i naturalny relaks. Wykonanie tej techniki podczas porodu przez osobę towarzyszącą zmniejsza napięcie psychofizyczne, a także pomaga w relaksacji w przerwie między skurczami. „Reiki” jest sztuką leczenia za pomocą energii życia; zastosowanie tej metody ma swój wpływ na zwiększenie sił rodzącej. Podczas stosowania reiki istotną rolę odgrywa odpowiednia relaksacja rodzącej. O skuteczności tej metody decyduje szczególnie odbiorca energii – kobieta rodząca, gdyż ona pobiera jej taką ilość, jaka jest jej niezbędna; jeśli będzie negatywnie nastawiona do zastosowania techniki reiki, to jej skuteczność zostanie ograniczona. Energia przekazywana jest za pomocą rąk, które czasami wystarczy ułożyć nad częścią ciała, która sprawia dolegliwości bólowe; reiki może być stosowana przez odzież. Podobnie jak technika „Polarity” – w praktyce położniczej jest wykorzystywana sporadycznie.



## Techniki położnicze stosowane podczas porodu

Kobiety rodzące powinny zachęcać się do poruszania się w okresie rozwierania, do wyboru dogodnych dla nich pozycji w drugim okresie porodu. Światowa Organizacja Zdrowia również nie zaleca pozycji horyzontalnej. Rodzenie w sposób naturalny i spontaniczny – zgodnie z wolą kobiety rodzącej – daje jej poczucie kontroli nad przebiegiem porodu.

Rodząca ma prawo do realizowania własnych wyobrażeń i życzeń związanych z wyborem pozycji porodowych, immersji wodnej, a także wyboru osoby towarzyszącej przy porodzie. Współczesna opieka położnicza umożliwia kobiecie rodzącej wybór dogodnej dla niej pozycji podczas narodzin dziecka. Poród aktywny jest formą powrotu do porodu naturalnego; charakterystyczne dla niego jest wybieranie pozycji wertykalnych z wykorzystywaniem siły grawitacji, która powoduje szybsze rozwieranie się szyjki macicy, obniżanie się części przodującej w kanale rodym. Alternatywne techniki porodowe są wykorzystywane do prowadzenia porodów fizjologicznych.

Chodzenie lub pozycja pionowa podczas porodu zwiększa efektywność skurczów macicy, co w konsekwencji wpływa na skrócenie czasu porodu. W pozycji stojącej rodząca może współpracować z osobą towarzyszącą, która przyczynia się również do złagodzenia dolegliwości bólowych.

W celu zmniejszonego odczuwania skurczów zalecana jest pozycja siedząca, najwygodniejsza do odpoczynku w przerwie międzyskurczowej. Najlepsza pod względem fizjologicznym pozycja podczas porodu to pozycja kuczna; komfortowa z kolei jest pozycja kłęząca, szczególnie pod koniec pierwszego okresu porodu.

Przykłady pozycji stosowanych w pierwszym okresie porodu:

- Pozycja „krawca” – rodząca siada na podłodze z wyprostowanymi plecami, stopy ma związane ze sobą podeszwami, przyciągnięte jak najbliżej ciała. Kobieta rozluźnia mięśnie ramion i karku oraz wykonuje głębokie oddechy, rozluźnia także stawy biodrowe, rozchyła uda i próbuje przyciągnąć kolana do podłogi. Ćwiczenie to rozluźnia więzadła stawowe miednicy, zwiększając jej obręcz, a także mięśnie wewnętrznej strony ud i dna miednicy.

- Pozycja „drzewa” to pozycja wyprostowana. Polega na przeniesieniu ciężaru ciała na jedną nogę. Kobieta rodząca powoli podnosi drugą nogę, zginając ją w kolanie, uniesioną stopę opiera na wewnętrznej stronie uda, łączy obie dłonie na wysokości klatki piersiowej. Przy problemach z równowagą można oprzeć dłonie o ścianę; skupiając uwagę na wybranym punkcie – wytrzymuje kilka sekund, następnie zmienia nogi. Pozycja ta pomaga się uspokoić, rozciągnąć mięśnie ud, zwiększyć równowagę i koordynację ruchów.

- Rozluźnianie miednicy. Kobieta rodząca wykonuje klęk z oparciem z przodu na łokciach, kolana ma szeroko rozwarte, brodę opartą na dłoniach, miednicę uniesioną do góry. Napina i rozluźnia mięśnie krocza i pośladków.

- Przysiad. Z pozycji stojącej rodząca przechodzi do przysiadu na całych stopach, łączy dłonie na wysokości klatki piersiowej i łokciami rozsuwa kolana na boki. Może pozostać w bezruchu jedynie intensywnie oddychając lub kołysząc się przenosząc ciężar ciała z jednej stopy na drugą. Przysiady i kucanie „rozszerzają” miednicę.

- Koci grzbiet to klęk na czworakach – kolana w odległości około 30 cm od dłoni; następuje rozluźnienie karku; głowę należy schować między ramionami, wciągnąć brzuch i wygiąć kręgosłup w łuk; wytrzymać w tej pozycji kilka sekund, cały czas głęboko oddychając. Ćwiczenie łagodzi bóle w okolicy krzyżowej.

- Kręgi po kręgu. Kobieta rodząca układa się na plecach, ugina nogi w kolanach, ustawiając stopy równolegle w odległości około 30 cm. W tej pozycji występuje rozluźnianie mięśni karku i barków. Ręce układa na brzuchu powyżej spojenia łonowego, oddycha przeponą. Następnie kładzie ręce po bokach, przy wydechu powoli unosi biodra. Należy wytrzymać przez chwilę, wykonać wdech, a następnie wydechając powietrze, powoli opuszcza kręgosłup w dół, kręgi po kręgu. Ćwiczenie rozluźnia dolną część pleców, wzmacnia uda i okolice lędźwiowo-krzyżową.

- Kołysanie na piłce. Siedzenie i ruch na piłce rozluźnia mięśnie dna miednicy i rozciąga je. W pozycji siedzącej, z opartymi na podłodze stopami, rodząca wykonuje ruchy kołyszące, okrężne.

W przebiegu okresu rozwierania kobieta rodząca może wybierać dowolne pozycje, w drugim okresie porodu zalecany jest wybór jednej optymalnej pozycji: kolankowo-łokciowej, przysiadu podtrzymywanego czy pozycji kucznej, z podtrzymywaniem przez dwie osoby. Do stosowanych pozycji wertykalnych należy dostosować parcie według znanych technik, np.:

- Technika Valsalvy. Na początku skurczu partego kobieta rodząca wykonuje dość szybkie oddechy; na szczycie skurczu – nabiera dużo powietrza, nie wypuszcza go, pozostaje w bezdechu przez kolejne 10 sekund. Kieruje powietrze w dół kanału rodniego, na mięśnie dna miednicy, otwierając w ten sposób mięśnie kanału rodniego.

- Parcie na końcu wydechu. Polega na kierowaniu wydychanego powietrza w dół kanału rodniego i jednocześnie otwieraniu mięśni dna miednicy podczas wydechu.

W momencie wyłaniania się główki płodu rodząca już nie powinna przeć, a zastosować techniki oddychania przez usta, aby powstrzymać się od parcia. W aktywnym przebiegu porodu pomocne są takie udogodnienia, jak: worek sako, materac, krzesło porodowe, drabinka, lina, piłka, koło porodowe.

To ostatnie jest nowoczesnym modelem łóżka porodowego, które pozwala przyjąć kobiecie rodzącej dowolną pozycję, od leżącej do wertykalnej, z udziałem osoby towarzyszącej lub bez niej. Poduszki umieszczone na kole porodowym powodują fizjologiczne profilowanie części krzyżowej i lędźwiowej kręgosłupa.

Korzyści wynikające z prowadzenia porodu w pozycjach wertykalnych z zastosowaniem udogodnień porodowych:

- zwiększenie regularności i siły skurczów mięśnia macicy,
- przyspieszenie rozwierania się szyjki macicy,
- ułatwienie oddychania rodzącej,
- lepsze utlenowanie płodu,
- zmniejszenie odczuwania lęku i napięcia,
- znaczne zmniejszenie ucisku nerwów w obrębie miednicy kostnej,
- zmniejszenie potrzeby wykorzystania leków przeciwbólowych,
- efektywniejsze wykorzystanie sił i ułatwienie parcia,
- zwiększenie wymiarów miednicy kostnej,
- równomierne rozciągnięcie tkanek krocza – zmniejszenie ryzyka pęknięcia i nacięcia krocza,
- ułatwienie oddzielania się łożyska.

Do strategii łagodzących ból porodowy zaliczany jest również masaż, stanowiący jedną z form komunikowania się z kobietą rodzącą, który: dodaje energii; pomaga w rozluźnieniu; oddziałuje na tkanki miękkie i więzadła; stymuluje krążenie krwi; zmniejsza ciśnienie tętnicze krwi; wpływa na układ nerwowy, rozluźnia napięcie mięśni i w związku z tym – wpływa na usmierzanie bólu.

Masaż w trakcie porodu może wykonywać położna lub osoba towarzysząca rodzącej. Jest to kolejny sposób zaangażowania bliskiej osoby w aktywne uczestnictwo w porodzie. Siłę ucisku, tempo, rodzaj i miejsce podczas masażu należy dostosować do potrzeb rodzącej.

W masażu okolicy krzyżowo-lędźwiowej ręce należy położyć po obu stronach kręgosłupa, w jego dolnym odcinku. Delikatnym ruchem wykonuje się kilka obszernych kół, kierując ucisk od środka do zewnątrz. Następnie odsuwa się od siebie dłonie rozciągając tym sposobem mięśnie odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Ruch ten należy wykonać na wydechu. Boczne punkty czworoboku Michaelisa należy uciskać kciukami, rozmasowując je. Można układać dłonie – jedna pod drugą w dolnym odcinku kręgosłupa podczas wydechu i delikatnie je dociskać. Z każdym wydechem uciskanie należy pogłębiać. Następnie, pozostawiając dłonie w tej samej pozycji, z lekkim uciskiem wykonać ruch kołysania na boki. Masaż ten rozluźnia miednicę.

Niezwykle ważne są ćwiczenia dla kobiet w ciąży uelastyczniające mięśnie dna miednicy, krocza i stawów biodrowych oraz łagodzące ból okolicy krzyżowo-lędźwiowej podczas porodu.

Jedną z form fizjoterapii, normalizującą funkcjonowanie układu kostno-stawowego oraz więzadłowo-mięśniowego, są ćwiczenia fizyczne zaczerpnięte z systemu pilates czy jogi. Ćwiczenia fizyczne zalecane są tylko w przebiegu ciąży fizjologicznej. Gimnastyka ciężarnych zwiększa wydzielanie endorfin, które zwiększają próg bólowy. Prawidłowa kondycja fizyczna rodzących powoduje skrócenie poszczególnych okresów porodu. Tkanki i mięśnie kobiety rodzącej dzięki ćwiczeniom są bardziej elastyczne; zmniejsza to częstość występowania urazów kanału rodniego. Po porodzie kobiety szybciej odzyskują sprawność i równowagę psychiczną.

Przezskórna elektryczna stymulacja nerwów (TENS – *transcutaneous electrical nerve stimulation*) to metoda wykorzystująca prądy impulsowe o częstotliwości 1–150 Hz. Natężenie prądu powinno wywoływać uczucie mrowienia (a nie ból czy dyskomfort), a jego natężenie rodząca może regulować w zależności od indywidualnych potrzeb.

Działanie przeciwbólowe TENS polega na zmniejszeniu pobudliwości nerwów obwodowych oraz na pobudzeniu ośrodkowego hamowania bólu. Stosowanie przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów wpływa na zmniejszenie niepokoju u rodzącej, dzięki czemu kobieta słabiej odczuwa ból a okresy porodu mogą ulec skróceniu. Stosowanie TENS można rozpocząć od początku porodu. Przyklejenie elektrod nie wiąże się z unieruchomieniem rodzącej. Kobieta korzystająca z elektrostymulacji może być aktywna w trakcie porodu. Użycie TENS nie koliduje z korzystaniem z innych metod usmierzających ból porodowy. Elektrostymulacji nerwów nie należy stosować podczas immersji wodnej, u rodzących z nowotworami, epilepsją, zakrzepowym zapaleniem żył głębokich, nadwrażliwością na prąd i z rusznikiem serca.

Wybrane metody przygotowania się do porodu i stosowanie ich w trakcie jego przebiegu mogą być zdecydowanie pomocne w przeżywaniu narodzin. Łagodzenie bólu porodowego ma na celu zapewnienie kobiecie rodzącej komfortu, ma także znaczący wpływ na dobrostan płodu. Odpowiednie przygotowanie kobiety do porodu, wsparcie ze strony bliskich osób, położnej, korzystanie z dostępnych technik porodowych wpływa na odczucia z nim związane. Przedstawione metody łagodzenia bólu porodowego są bezpieczne zarówno dla matki, jak i dziecka. Każdy poród przebiega odmiennie, dlatego należy dokładnie analizować jego przebieg i profesjonalnie dobrać strategię usmierzania bólu.

### Literatura:

1. Bręborowicz G. H. (red.): „Położnictwo. Fizjologia ciąży.” Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Tom 1, Warszawa 2015,
2. Bręborowicz G. H. (red.): Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
3. Ćwiek D.: „Szkola Rodzenia”. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
4. Iwanowicz-Palus G. J. (red.): „Alternatywne metody opieki okołoporodowej” Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
5. Kevin P. Hanretty (red. polskiego wydania: G.H. Bręborowicz): Położnictwo. Wydawnictwo Urban&Partner, Wrocław 2006.
6. Łepecka-Klusek C. (red.): „Pielęgniarstwo we współczesnym pielęgniarstwie i ginekologii. Podręcznik dla studiów medycznych.” Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

dr n. med. Bogusława Rudnicka  
Zakład Położnictwa Praktycznego  
II Katedry Ginekologii i Położnictwa  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Konsultant wojewódzki w dziedzinie  
pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego  
dla województwa łódzkiego





# Zarządzanie czasem w praktyce cz. 2

mgr AGATA WĘŻYK

**K**ażdy z nas zna kogoś, kto niejako w naturalny sposób jest doskonale zorganizowany, świetnie radzi sobie z różnymi obowiązkami, z łatwością i płynnie przechodzi od jednego zadania do drugiego oraz wszystkie realizuje w terminie. Z pewną zazdrością dostrzegamy, że zawsze na wszystko, zarówno w życiu zawodowym, jak i prywatnym, wystarcza mu czasu. W pracy wszystko mu się układa, szkoli się, nie zaniedbuje rodziny, dba o zdrowie. Słowem „urodzony” strateg i człowiek sukcesu. Intuicyjnie zdajemy sobie sprawę z tego, że umiejętności zarządzania czasem – jak każdych innych umiejętności – można się nauczyć. Dlatego czasem staramy się podpatrywać: „jako on/ona to robi?” i próbujemy postępować w podobny sposób. Zdarza się, że to skutkuje, ale nie zawsze. Wynika to z faktu, że nie ma jednej uniwersalnej recepty na skuteczne zarządzanie czasem. Tak naprawdę każdy musi wypracować własne rozwiązania, ponieważ różnimy się naszymi celami i priorytetami. Dobra wiadomość jest taka, że do dyspozycji mamy wiele różnych (wcale nieskomplikowanych!) technik i na pewno możemy znaleźć coś, co nam będzie odpowiadało.

Poprzednio opisałam macierz Eisenhowera, w tym artykule przedstawię kilka innych sposobów planowania i organizacji czasu oraz pracy, które mogą okazać się przydatne.

Od razu uprzedzę, że stosowanie tych technik nie sprawi, że będziemy mieć więcej czasu – wszak wszyscy jesteśmy ograniczeni do standardowych 24 godzin na dobę. Ale na pewno będziemy mogli lepiej rozplanować nasze działania, co spowoduje, że te 24 godziny wystarczą nam na więcej różnych rzeczy. Warto również pamiętać o tym, że samo poznanie technik zarządzania czasem nie wystarczy, aby lepiej funkcjonować. Kluczem jest systematyczne korzystanie z nich.

## Proste jak ABC...

Jedną z podstawowych metod zarządzania czasem jest ustalanie priorytetów. Niektórzy ludzie zapisują sobie wszystkie zadania czy obowiązki czekające ich w danym dniu, a następnie realizują je począwszy od pierwszego na liście. Każde zakończone zadanie odhaczają, a te których nie zdążą wykonać, przesuują na kolejny dzień. Ten sposób ma jedną zaletę i wiele wad. Zaleta jest taka, że uświadamiamy sobie, co jest do zrobienia i raczej o niczym nie zapomnimy. Jednak spisywanie wszystkiego „jak leci” nie jest dobrym pomysłem. Zbyt długa lista bardzo zróżnicowanych zadań może po prostu przytłaczać. Brak ram czasowych powoduje, że nie trzymamy się żadnego planu, nie

## Jakie zadania powinny trafić do kategorii A?

Odpowiedzi na poniższe pytania mogą nam ułatwić decyzje:

Co powinnam/powiniem zrobić jako pierwsze i dlaczego?

Które zadania/czynności są najważniejsze i dlaczego? Co zyskam, jeśli je zrealizuję?

Co się stanie, jeśli nie wykonam danego zadania?

Jakie będą konsekwencje dla mnie? Dla innych (np. dla pacjentów, rodziny)?

wiemy, czym zająć się najpierw, a co może jeszcze poczekać, trudno nam też przewidzieć termin zakończenia działań. Z kolei bez określenia, które zadania są rzeczywiście istotne, można spędzić wiele godzin na błahostkach.

Jedną z możliwych technik kategoryzowania naszych działań i obowiązków (określania priorytetów) jest metoda ABC. Nie wymaga ona żadnych specjalnych narzędzi poza kartką papieru i długopisem. ABC zakłada podział zadań na trzy grupy. Najpierw musimy jednak stworzyć listę naszych zadań. Na początku nie warto sięgać zbyt daleko w przyszłość; spróbujmy skupić się na najbliższych celach i zadaniach (np. na dzisiaj, ewentualnie na kolejne 1–2 dni). Jeśli ta technika będzie nam odpowiadała, to z czasem można zacząć ją stosować, tworząc plany z dalszą perspektywą. Zapisane zadania oznaczamy jedną z trzech liter: A, B lub C. Zadania typu A to wszelkie ważne działania, które musimy zrobić sami (podobnie jak to było w wypadku pierwszej ćwiartki macierzy Eisenhowera), np. wykonywanie codziennych obowiązków zawodowych, jak podawanie leków pacjentom na swojej zmianie. Tych czynności nie może być za dużo. Chodzi nam przecież o to, by wybrać rzeczy najważniejsze, a nie nadawać wszystkim zadaniom status A. Zadania typu B są również istotne, trzeba je wykonać, ale niekoniecznie samodzielnie. Ich realizację w części lub w całości możemy przekazać innym osobom (choć powinniśmy pamiętać o sprawdzeniu, czy rzeczywiście zostały wykonane). Ostatnia kategoria, czyli zadania typu C, obejmują wiele różnych, zwykle niezbyt skomplikowanych czynności, które nie wymagają naszej natychmiastowej uwagi. Bez większych problemów można je delegować, a jeśli mamy zająć się nimi osobiście, to dopiero wtedy, gdy wykonaliśmy już wszystkie zadania z grupy A i B w tzw. „wolnej” chwili. W obrębie poszczególnych kategorii można również wyróżniać konkretne zadania, bo mogą się one różnić ważnością czy terminem – warto wtedy oznaczyć je, np. A-1, A-2, B-1, itp. Cała lista i status poszczególnych zadań może ulegać zmianom – nie tworzymy naszej listy raz na zawsze, lecz modyfikujemy ją w zależności od potrzeb i możliwości.

## Mądre cele

Na dłuższą metę nie da się funkcjonować bez celu. Zawsze przyświeca nam jakiś cel, nawet jeśli go sobie wprost nie sformułujemy. Cel nadaje sens naszym działaniom i ułatwia realizację zadań – gdy wiemy, do czego dążymy, co jest na końcu drogi, łatwiej nam tam dotrzeć. Cel daje nam motywację – po co w ogóle podejmować działanie, jeśli nie wiemy, po co to robimy? Cel zachęca nas również do kontynuowania działań i poszukiwania nowych rozwiązań, pokonywania różnych trudności, rozwoju umiejętności. Ustalenie celu to pierwszy krok w procesie planowania. Cele mogą być bardzo różne. Najczęściej dzielimy je ze względu na obszar, którego dotyczą (np. cele zawodowe, prywatne) oraz na czas, w jakim chcemy je osiągnąć. Wyróżniamy cele bieżące, krótko-, średnio- i długoterminowe. Te pierwsze to aktualne zadania do wykonania, codzienne czynności i obowiązki. Realizacja celów krótkoterminowych zajmuje od kilku tygodni do kilku miesięcy (np. ukończenie szkolenia, wprowadzenie zdrowych nawyków żywieniowych), a średnioterminowych – od kilku miesięcy do około 3 lat (np. kupno samochodu). Cele długoterminowe to takie, na których osiągnięcie potrzebujemy ponad trzy i więcej lat (np. ukończenie studiów, awans zawodowy). Zazwyczaj cele krótko – i średnioterminowe to swoiste „etapy” realizacji celu długoterminowego. Niestety, kiepskie cele prowadzą do byle jakich efektów; warto zatem wiedzieć, jak formułować cele, by nam rzeczywiście pomagały. Jedną z najbardziej popularnych i skutecznych technik jest technika SMART. SMART (z ang. mądry, sprytny) to akronim, który wskazuje, jakie cechy powinien mieć dobry cel. Można go rozwinąć na kilka sposobów, ale przesłanie pozostaje podobne. Takie „mądre” cele są:

- Swoiste/charakterystyczne/specyficzne (s – *specific*), czyli jasno i dość szczegółowo sformułowane. Musimy wiedzieć, co chcemy osiągnąć, jakiego rezultatu oczekujemy i co konkretnie zamierzamy zrobić. Na przykład, jeśli chcemy nauczyć się języka obcego, to celem swoistym/specyficznym będzie nauczyć się języka angielskiego na poziomie średnio zaawansowanym.

- Mierzalne (m – *measurable*) – cel powinien być określony w taki sposób, abyśmy mogli kontrolować postępy jego realizacji. Najprościej to osiągnąć posługując się konkretnymi jednostkami, np. „chcę się nauczyć angielskiego” nie jest mierzalnym celem, ale już „chcę opanować 50 nowych słówek” tygodniowo – jak najbardziej. Takie opisanie celu powoduje, że łatwo jesteśmy w stanie stwierdzić, czy dany cel osiągnęliśmy czy nie.

- Osiągalne (A – *achievable*) – kiedy przymierzamy się do wybrania jakiegoś celu musimy wziąć pod uwagę nasze możliwości i ograniczenia. Jeśli nie radzimy sobie zbyt dobrze z angielskim i możemy poświęcić na naukę tylko dwie godziny tygodniowo, to opanowanie 50 słówek w tygodniu może okazać się zbyt trudne i po prostu niewykonalne. Będziemy sfrustrowani i szybko zarzucimy naukę. Ale cel nie może być również zbyt łatwy, bo wkrótce nam się znudzi.



- Istotne dla nas (R – *relevant*) – zdarza się, że musimy robić rzeczy, których nie znosimy, ale dobry cel musi być dla nas ważny. Innymi słowy – z jakichś powodów powinniśmy go osiągnąć, bo jeśli tego nie zrobimy, to konsekwencje mogą być niezbyt przyjemne. Możemy uczyć się języka wyłącznie dla rozrywki (co również sprawia, że cel jest istotny), ale warto zwrócić uwagę na to, co się stanie, jeśli zaniechamy jego realizacji (np. jeśli nie nauczę się angielskiego, to nie będę mogła awansować).

- Terminowe (T – *time-bound*) – warunkiem koniecznym jest ustalenie terminu realizacji celu. Chyba nic tak nie motywuje, jak świadomość, że mamy określone ramy czasowe na wykonanie poszczególnych zadań. Oczywiście, termin musi być realistyczny – ani zbyt krótki (co ma związek z osiągalnością celu), ani zbyt długi. Tak zwane „Prawo Parkinsona” mówi, że zwykle im więcej mamy czasu na zadanie, tym więcej czasu nam to zadanie zajmie. Nie dlatego, że obiektywnie wymaga ono np. wielu godzin, ale dlatego, że łatwiej się wtedy rozpraszamy („ach, mogę jeszcze zerknąć na e-maila albo zadzwonić do koleżanki, przecież mam dużo czasu!”) i często ulegamy pokusie odkładania na później („nie muszę się za to już zabierać, jak zacznę za godzinę to też zdążę”). Czyli jeśli zadanie można wykonać w dwie godziny, a my mamy na nie pięć godzin, to na pewno tyle właśnie czasu minie, zanim je zakończymy.

Formułując cele i planując zadania – powinniśmy uwzględnić przynajmniej kilka spraw/zagadnień/obszarów. Specjaliści sugerują, że warto rozważać takie sfery, jak m.in.: relacje osobiste/życie rodzinne; praca (z uwzględnieniem podziału na czynności administracyjne i obowiązki związane z praktyczną opieką pielęgniarską); rozwój zawodowy; hobby i zainteresowania; sport i rekreacja (Brunnicardi i Hobson, 1996).

## Po włosku, czyli salami z pomidorem

Technika salami – to prosta i bardzo podstawowa metoda dzielenia zadań na mniejsze części. Jeśli mamy jakiś większy projekt do zrealizowania czy bardziej skomplikowany cel do osiągnięcia, to warto podzielić go sobie na mniejsze „plasterki”. Inaczej cel nas po prostu przytłoczy, a my nie będziemy wiedzieli, czym zająć się najpierw.

Metoda salami jest szczególnie przydatna w połączeniu ze świętującą ostatnio triumfy techniką pomodoro. Polega ona na wyznaczeniu sobie 25-minutowych cykli pracy przedzielanych 5-minutowymi przerwami. Tradycyjnie wykorzystywano do tego minutniki kuchenne (często w kształcie pomidora – stąd nazwa), dzisiaj dostępnych jest wiele aplikacji na komputery i telefony, które odliczają czas do końca sesji. W ciągu 25 minut fazy „praca” całą naszą uwagę poświęcamy realizacji konkretnego zadania. Potem mamy pięć minut przerwy na oddech, zrobienie herbaty, przeciągnięcie się. Po fazie odpoczynku kolejne 25 minut spędzamy na działaniu. Po mniej więcej czterech takich półgodzinnych cyklach powinniśmy zrobić dłuższą, nawet 30-minutową przerwę. Jeżeli na wykonanie

## Kilka prostych wskazówek

**1. Stwórz listę rzeczy do zrobienia i zastanów się, ile czasu potrzebujesz na poszczególne zadania i obowiązki.**

**2. Bądź realistą – pamiętaj, że zawsze może zdarzyć się coś nieprzewidywanego, więc na wszelki wypadek uwzględnij w swoim planie dodatkowy czas.**

**3. Ustal priorytety – przemyśl, które zadania są najpilniejsze i najważniejsze i zajmij się nimi w pierwszej kolejności (np. którym pacjentem najpierw należy się zająć).**

**4. Rób tylko jedną rzeczą na raz – wtedy wykonasz ją szybko i sprawnie.**

**5. Unikaj niepotrzebnych dystraktorów, np. posprzątaj biurko, przy którym pracujesz (leżące dookoła papiery nie będą Cię rozpraszać), przygotuj sobie z góry wszystkie narzędzia do pracy, upewnij się, że są czyste i sprawne, że jest ich odpowiednia ilość, abyś nie musiał/a odrywać się później od pracy, bo właśnie czegoś zabrakło.**

**6. Zaplanuj czas na odpoczynek i relaks. W przeciwnym razie szybko pozbawiasz się sił i energii, a kolejne zadania będą zabierać coraz więcej czasu.**

zadania potrzebujemy więcej niż 6–7 cykli, to warto zadanie podzielić na mniejsze „plasterki salami”. Przeplatanie okresu pracy i odpoczynku pozwala zachować świeżość umysłu i zwiększa naszą wydajność, ponieważ nie męczymy się tak bardzo jak wtedy, gdy siedzimy kilka godzin bez przerwy nad jedną rzeczą. Poza tym konkretne ramy czasowe ułatwiają koncentrację. Warto pamiętać o tym, że 5-minutowe przerwy powinny być mądre – nie łapiemy od razu za telefon, nie sprawdzamy skrzynki e-mailowej itp. Raczej poświęćmy ten czas na krótki relaks, ćwiczenia oddechowe lub rozciągające, zrobienie krótkiego spaceru (nawet po pokoju), odetchnięcie świeżym powietrzem. Możemy też zmieniać długość fazy pracy i odpoczynku, w zależności od naszych potrzeb, trudności zadania i innych okoliczności.

Metod i sposobów zarządzania czasem jest mnóstwo. Te przedstawione należą do kategorii tych podstawowych, relatywnie prostych, ale jednocześnie skutecznych (pod warunkiem, że są stosowane regularnie). Mam nadzieję, że okażą się przydatne, ale jednocześnie zachęcam do ich modyfikowania i poszukiwania własnych rozwiązań, które jeszcze lepiej będą spełniać swoją rolę. A na koniec, zamiast podsumowania, kilka prostych wskazówek dotyczących organizacji czasu i własnej pracy.

mgr Agata Wężyk  
Instytut Medycyny Pracy

# 60-lecie

## Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego



mgr ELŻBIETA MIELCZAREK-PANKIEWICZ

**Profesjonalny rozwój pielęgniarstwa na świecie zapoczątkowało powołanie w 1860 r. w Londynie przez Florencję Nightingale – pionierkę pielęgniarstwa zawodowego – pierwszej świeckiej szkoły pielęgniarskiej. Powstanie w 1899 r. w Londynie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) było następnym milowym krokiem w rozwoju zawodu.**

W naszym kraju początek zawodowego pielęgniarstwa datuje się od 1911 r. – zorganizowania w Krakowie pierwszej szkoły pielęgniarstwa. Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości, korzystając m.in. z pomocy Amerykańskiego Czerwonego Krzyża, uruchomiono kolejne szkoły, w tym – w roku 1921 Warszawską Szkołę Pielęgniarstwa, słynną z powodu jej wybitnych absolwentek. Do wybuchu II wojny światowej funkcjonowało w sumie 7–9 szkół (głównie w Warszawie, Poznaniu, Krakowie), które wykształciły około 1500 dyplomowanych pielęgniarek.

W 1924 r., z inicjatywy absolventek pierwszych polskich szkół pielęgniarskich i dyrektor Warszawskiej Szkoły – Amerykanki Helen Bridge, rozpoczęto starania o utworzenie zawodowej organizacji, która zaczęła funkcjonować od jej Pierwszego Zjazdu w 1925 r. jako Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych (PSPZ). Głównymi zadaniami Stowarzyszenia było m.in.: dbanie o rangę wykonywanego zawodu, poziom etyczny i doksztalcanie pielęgniarek. W tym samym roku przyjęto PSPZ do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN), która zobowiązuje pielęgniarki z krajów członkowskich do

ustawicznego kształcenia i regulacji prawnych dotyczących wykonywania zawodu. W 1926 r., w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, powołano Referat Pielęgniarski, którym kierowała Maria Babicka-Zachertowa, mająca duży udział w przygotowaniu, a w lutym 1935 r. zatwierdzonej przez Sejm, Ustawy o pielęgniarstwie, która przetrwała 60 lat. Dzięki PSPZ wydano pierwsze podręczniki pielęgniarstwa, m.in. Teresy Kulczyńskiej i Hanny Chrzanowskiej: „Zabiegi pielęgniarskie”. Ponadto, na łamach czasopisma zawodowego: „Pielęgniarki Polskiej”, wydawanego od 1929 r. pod redakcją Hanny Chrzanowskiej, ukazywały się cenne dla środowiska artykuły.

W 1938 r., podczas kolejnego Zjazdu PSPZ, znowelizowano jego Statut, umożliwiając tworzenie kół terenowych Stowarzyszenia, które pracowały początkowo przy szkołach pielęgniarskich. W tym samym roku ich absolwentkom przyznano prawo głosowania do Senatu, co było wyrazem społecznego uznania dla wiedzy i postaw pielęgniarek. Wyróżniające się w tym okresie pielęgniarki, to m.in.: Maria Epstein, Jadwiga Kaniewska-Iżycka, Zofia Komorska-Barnet, Wanda Lankajtes, Helena Nagórska, Helena Rabowska, Jadwiga Romanowska, Anna Rydlówna, Jadwiga Suffczyńska, Zofia Szelkierówna.

Podczas II wojny światowej zginęło około 6000 pielęgniarek i sanitariuszek (30 proc. tej kadry), które ofiarnie pomagały całemu społeczeństwu, w tym – ludności cywilnej, powstańcom, więźniom obozów koncentracyjnych itd.

Liczne powojenne problemy, związane m.in. z brakiem pielęgniarek oraz fatalnymi warunkami ich życia i pracy, spowodowały że najaktywniejsze z nich poszukiwały rozwiązania trudności i pomoc znalazły w powstałym w roku 1946



Związku Zawodowym Pracowników Służby Zdrowia, przy którym pracowały 1955 r., a w 2 lata później powołano Sekcję Pielęgniarek i – niebawem – Położnych. Dużą aktywność związkową w walce o poprawę warunków socjalno-bytowych pielęgniarek, powoływanie szkół – średnich i pomaturalnych, organizowanie kursów dokształcających i specjalizacji wykazały m.in. pielęgniarki Zofia Konderska, Irena Kosobudzka-Starzec, Maria Minczewska i Adela Potocka.

Dopiero 11 lat po wojnie, w 1956 r., z inicjatywy m.in. Zofii Konderskiej, Jadwigi Kaniewskiej-Iżyckiej i Racheli Hutner, z pomocą Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (MZIOS), powołano Komitet Organizacyjny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP). W styczniu 1957 r. odbyły się obrady założycielskiego Krajowego Zjazdu PTP – samorządnej organizacji, zamierzającej samodzielnie decydować o polskim pielęgniarstwie. Jak mówiły jej liderki: Kto działa w PTP – działa dla wszystkich koleżanek. „Aktyw” PTP to jego elita i bogactwo w najszlachetniejszym znaczeniu. Konieczne jest zespolenie przyszłości PTP z przyszłością pielęgniarstwa, którą tworzymy same – nasze serca, umysły i praca wielu generacji pielęgniarek.

Postulaty Pierwszego Zjazdu PTP dotyczyły: konieczności opracowania nowej ustawy o zawodzie, utworzenia w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej (MZIOS) stanowiska ds. pielęgniarstwa, przeprowadzenia weryfikacji kwalifikacji osób sprawujących opiekę nad pacjentem, umożliwienia kształcenia pielęgniarek na różnych poziomach, przestrzegania zasad etyki zawodowej. Sprawy socjalno-materialne środowiska przejęły związku zawodowe.

Przez kolejne kadencje PTP miało zawsze na celu podniesienie poziomu ogólno-zawodowego kadry pielęgniarskiej, popularyzowanie zasad etyki, upowszechnianie samokształcenia i doskonalenie jakości opieki pielęgniarskiej, wreszcie – podejmowanie prac badawczo-naukowych.

Środowisko pielęgniarek wykazało się dużym zaangażowaniem we wspólnym rozwiązywaniu problemów zawodowych, dbając przy tym o zachowanie chlubnych tradycji przedwojennego pielęgniarstwa. Dowodzi tego poniższa próba przedstawienia skondensowanych informacji nt. dokonań zarówno Zarządu Głównego (ZG), jak i oddziałów wojewódzkich (OW) oraz kół terenowych Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Kolejno, w ciągu minionego 60-lecia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego – Przewodniczącymi Zarządu Głównego PTP były w latach: 1957–1961 – Halina Stefańska; 1961–1966 – Anna Sokołowska-Winiarska; 1966–1967 – Stanisława Kierzkowska; 1969–1976 – Irena Stefaniak; 1976–1983 – Zofia Muszkowa; 1983–1987 – Gabriela Rózga; 1987–1990 – Irena Kosobudzka-Starzec; 1990–1992 – Danuta Lamparska; 1992–1993 – Anna Kapała; 1993–2002 – Krystyna Wolska-Lipiec; 2002–2005 – Elżbieta Baum-Chróścicka; 2005–2012 – Dorota Kilańska (zastępowana pod koniec kadencji przez Marię Cisek) oraz w latach 2013–2017 – Grażyna Wójcik.

Inne, bardzo zasłużone w minionym 60-leciu, to m.in. pielęgniarki: Anna Ginalska, Jolanta Górajek-Jóźwik, Racheli Hutner, Maria Barbara Jezierska, Jadwiga Kaniewska-Iżycka,

Zofia Konderska, Teresa Kulczyńska, Urszula Łagowska-Krzyżanowska, Alicja Maksymowicz, Maria Minczewska, Maria Pastwa, Stefania Poznańska, Stanisława Suffczyńska, Helena Szymańska-Lenartowicz, Stefania Wołynka, Irena Wrońska, Kazimiera Zahradniczek i wiele innych.

Główne osiągnięcia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, to m.in.:

- współpraca oraz z krajowymi instytucjami i organizacjami, np.: związkami zawodowymi, Ligą Kobiet (LK), Polskim Czerwonym Krzyżem (PCK), Związkiem Socjalistycznej Młodzieży Polskiej (ZSMP), Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej (MZIOS), Ośrodkiem Doskonalenia Nauczycieli Średnich Kadr Medycznych (ODŃSKM), Centrum Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych (CDŃKM), Centrum Edukacji Medycznej, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (CKPPIP), wydziałami pielęgniarskimi akademii medycznych (WPAM), Polskim Towarzystwem Lekarskim (PTL), Zrzeszeniem Polskich Towarzystw Medycznych (ZPTM, od 1988), samorządami zawodowymi – w tym pielęgniarek i położnych, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), w którym pracowała od 2009 do 2012 r. Rada ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP), a następnie – Rada ds. e-Zdrowia w Pielęgniarstwie oraz organizacjami zagranicznymi, w tym z Międzynarodową Radą Pielęgniarek/ICN (ponownie od 1961 r.), Europejską Grupą Pielęgniarek-Badaczy (WENR) przy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) (od 1978 do 2012 r.), Europejskim Forum Stowarzyszeń Pielęgniarek i Położnych (EFMNA), WHO itd.;

- powstawanie w okresie powojennym, licznych i o różnym okresie kształcenia, szkół pielęgniarskich, m.in. dla asystentek pielęgniarskich, szkół 2- i 3-letnich, liceów, szkolnictwa pomaturalnego, wreszcie uruchomienie magisterskich studiów pielęgniarskich (od 1969 r. w Akademii Medycznej w Lublinie, później też w Katowicach, Krakowie, Poznaniu i Wrocławiu), wspieranie systemu kształcenia przed i podyplomowego, włącznie od 1969 r. ze specjalizacjami [w 1949 r. – powstał Ośrodek Szkolenia Instruktorów Pielęgniarstwa, który w 1957 r. przekształcił się w Studium Nauczycieli Szkół Medycznych, w 1960 r. – w Centralny Ośrodek Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych (CODŃKM), od 1966 r. – z wojewódzkimi filiami, i po kilkakrotnie zmienianych nazwach – od 2012 r. funkcjonuje jako Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (CKPPIP)], wreszcie – podjęcie badań w pielęgniarstwie (od pierwszych badań sondażowych PTP nt. czynników utrudniających pielęgniarkom wykonywanie zawodu po udział w dużych projektach badawczych, w tym – międzynarodowych;

- wakacyjne wczasy lingwistyczne (w latach 1964–1992), z których w sumie skorzystało około 1000 osób i od lat 90. – warsztaty naukowe;

- zainicjowanie Olimpiady Pielęgniarskiej dla uczennic (z 600 szkół rocznie, od 1966 r. odbyło się w sumie 27 olimpiad pielęgniarskich, od 1981 r. – także położniczych) oraz Turnieju Młodych Mistrzów Zawodu o Złoty Czepek Pielęgniarski (od

1979 do 1990 r.), organizowanie konkursów, np. na najlepiej pracującą Koło PTP, Pielęgniarkę Roku (od 2005 r.);

- publikowanie biuletynów informacyjnych ZG (od jego 11 Kadencji) i e-Biuletynów (w 2011 r.), Zeszytów Naukowych: „Problemów Pielęgniarstwa” (od 1993 r.) oraz wykorzystywanie łamów czasopisma „Pielęgniarki i Położnej”, „Służby Zdrowia” i innych mediów, liczne publikacje krajowe i zagraniczne, tłumaczenia wydawnictw Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) (w tym – dwukrotnie Etyki w praktyce pielęgniarskiej, a w 2010 r. – Uwag o pielęgniarstwie Florencji Nightingale);

- organizowanie krajowych i międzynarodowych konferencji naukowych [np. nt. Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP), IV Kongresu nt. ekspozycji zawodowej], ogólnopolskich kongresów pielęgniarek i położnych (od 1993 r.);

- powołanie przy ZG komisji problemowych (od 1992 r.), m.in. Szkolenia i Rozwoju Zawodowego, Historycznej, Absolwentów wsp, Adaptacji Zawodowej, Informacji, Propagowania Zawodu, Organizacji i Technizacji Pracy, Koła Absolwentów wsp, Liderów Pielęgniarstwa, Zespołu ds. Kształcenia Akademickiego i Badań w Pielęgniarstwie, Pielęgniarek Środowiskowych, Ds. Odznaki Honorowej) i Rady Naukowej (w 1993 r.);

- powstanie Samodzielnego Wydziału Pielęgniarstwa w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej (MZIOS) w roku 1981, opracowanie wzorców wskaźników obsady pielęgniarskiej (lata 1981–1986), przywrócenie stanowisk pielęgniarek wojewódzkich, ustanowienie pielęgniarki naczelnej zastępcą dyrektora zakładu opieki zdrowotnej (zoz);

- ujednolicenie tekstu i melodii Hymnu (1989 r.) oraz galowego umundurowania pielęgniarskiego, nadawanie szkołom imion zasłużonych pielęgniarek (od lat 80. XX w.), wnioskowanie w sprawie przyznawania wybitnym polskim pielęgniarkom (ponad 100 osobom) medalu im. F. Nightingale, uroczyste obchodzenie Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek (MDR), archiwizacja (od 1961 r.) materiałów historycznych, nadanie Centralnemu Archiwum Pielęgniarstwa Polskiego imienia Barbary Purtak (w 2008 r.), powstanie Wirtualnego Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego (w 2012 r.), utworzenie konta społecznościowego PTP na facebooku;

- wydanie Zasad etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej (1973, nowelizacja – w 1984 i 1986 r.), wręczanych absolwentom szkół z dyplomem, opiniowanie kolejnych kodeksów etyki polskiej pielęgniarki i położnej wydawanych (od 1995 r.) przez samorząd zawodowy;

- opiniowanie projektów przepisów prawnych dotyczących ochrony zdrowia polskiego społeczeństwa, ustawy o samorządzie (przygotowanie jej pierwotnej wersji oraz prace związane z jej opublikowaniem w 1991 r.), ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (z roku 1995), prace nad kolejnymi nowelizacjami przepisów.

Powinnością PTP jest pełnienie przywódczej roli w pielęgniarstwie. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie realizuje zalecenia Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) w zakresie

## Przewodniczące Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego



Halina Stefańska  
1957-1961



Anna Sokołowska-Winiarska  
1961-1966



Stanisława Kierzkowska  
1966-1969



Irena Stefaniak  
1969-1976



Zofia Muszkowa  
1976-1983



Gabriela Rózga  
1983-1987



Irena Kosobudzka-Starzec  
1987-1990



Danuta Lamparska  
1990-1992



Anna Kapała  
1992-1993



Krystyna Wolska-Lipiec  
1993-2002



Elżbieta Baum-Chróścicka  
2002-2005



Dorota Kilańska  
2005-04.2012



Maria Cisek  
04.2012-2013



Grażyna Wójcik  
2013-2017



kształcenia, doskonalenia i regulacji prawnych w zawodzie pielęgniarskim.

Główne cele PTP, to: wymienianie doświadczeń w ramach współpracy międzynarodowej i krajowej z instytucjami i organizacjami, prowadzenie badań naukowych w zakresie pielęgniarstwa, wykorzystywanie oraz popularyzowanie ich wyników praktyce zawodowej, kształtowanie postaw etycznych członków PTP, wspieranie ich w zakresie zawodowo-naukowego rozwoju.

Najwyższą władzą PTP jest Krajowy Zjazd Delegatów. Zjazdy odbywają się co 4 lata i określają główne kierunki działalności merytorycznej PTP: aktywizowanie pielęgniarek na rzecz rozwoju zawodowego, zwiększanie liczby członków Towarzystwa, podnoszenie ich kwalifikacji, organizowanie kształcenia przed i podyplomowego, inicjowanie innowacji w pielęgniarstwie klinicznym, edukacji i nauce, współpracowanie z organizacjami pielęgniarskimi, organami rządowymi i samorządowymi w kraju i za granicą na rzecz pielęgniarstwa.

Ostatni Krajowy Zjazd PTP odbył się w 2013 r. w Warszawie. Prezesem Zarządu Głównego PTP XVI Kadencji na lata 2013–2017 została dr Grażyna Wójcik z Warszawy, wiceprezesami – dr Grażyna Franek, reprezentująca Katowice, i dr Aleksandra Gaworska-Krzemińska z Gdańska. Przy ZG pracuje Rada Naukowa, z jej Przewodniczącą – dr Beatą Dobrowolską i członkami, w tym – prof. dr hab. Ewą Boro-  
wiak – Prodziekanem Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

PTP liczyło sobie pod koniec lat 80. XX w. ponad 70 tys. członków, zrzeszonych w 730 kołach przy około 200 tys. pielęgniarek w Polsce. Obecnie PTP jest towarzystwem naukowym (od 1993 r.) oraz organizacją pożytku publicznego (od 2005 r.), liczącą około 3 tysięcy członków, pracujących w 16 oddziałach wojewódzkich z kołami, działającymi na terenie szpitali, uczelni, których zadania określają potrzeby lokalnego środowiska.

Reasumując, należy podkreślić, że dzięki staraniom Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego wprowadzono w Polsce doskonalenie zawodowe i specjalizacje oraz kształcenie pielęgniarek i położnych na poziomie akademickim. W PTP zrodziła się koncepcja powołania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, wprowadzenia zmian w systemie ich kształcenia, a także wdrażania w Polsce Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP), informatyzacji w pielęgniarstwie, koncepcji Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki (APN) i przepisywania recept przez pielęgniarki.

Do „porażek” PTP można zaliczyć: brak norm zatrudnienia zapewniających bezpieczeństwo pacjentowi i pielęgniarcie oraz

określenia kompetencji/uprawnień pielęgniarek w zależności od ich poziomu wykształcenia; trudności w przepływie informacji między Zarządem Głównym a oddziałami wojewódzkimi i kołami terenowymi, niedostatek prospołecznej motywacji wśród pielęgniarek i systematycznie zmniejszająca się liczba członków PTP od czasu powstania samorządu zawodowego.

Liczne ustawowe zadania samorządu, w tym – stwierdzanie prawa wykonywania zawodu, prowadzenie rejestru pielęgniarek i położnych, sprawowanie nadzoru nad wykonywaniem zawodu, przestrzeganiem zasad etyki, ustalanie standardów zawodowych, kwalifikacji, kształcenia zawodowego i kierunków rozwoju pielęgniarstwa, integrowanie środowiska, organizowanie instytucji samopomocowych, działalność wydawnicza, negocjowanie warunków pracy i płac, opiniowanie projektów aktów normatywnych (itd.), wydają się zbyt rozbudowane jak na jedną organizację.

Złożone problemy naszego środowiska zawodowego – dotyczące m.in. konieczności zwiększenia liczby pielęgniarek (oraz osób wspierających ich pracę); odpowiedniego doboru kadry naukowej, nauczającej i kierowniczej; zapewnienia wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej; przestrzegania zasad etyki zawodowej i poprawiania warunków pracy pielęgniarek – wymagają umiejętności konstruktywnej współpracy oraz bezinteresownej aktywności, których pielęgniarki nabywają pracując w ramach organizacji naukowo-społecznych, do której należy Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie

Opracowano na podstawie:

1. Wydanego na zlecenie PTP: Kalendarium Pielęgniarstwa Polskiego – autorstwa Jolanty Górajek-Jóźwik, Warszawa 1998;
2. Biuletynów ZG PTP: 3/1981, 1–2/1986, 3–4/1986, 1987, 5/1989;
3. Problemów Pielęgniarstwa. ZG PTP Nr: 1–2/2005, 2–3/2007, 3/2009;
4. Biuletynów OW PTP w Łodzi: 1987, Nr 1/1990;
5. Materiałów przygotowanych przez dr dr Barbarę Dobrowolską (Której bardzo dziękuję za cenne uwagi), Zbigniewa Tokarskiego i Dorotę Kilańską (Której także wyrażam podziękowania za istotne wskazówki). PTP, Oddział w Łodzi, 20 IX 2012 r.;
6. Zbiorów prywatnych Krystyny Ejsmont (Której serdecznie dziękuję za ich udostępnienie oraz sugestie), w tym: Sprawozdania z działalności Zarządu Oddziału PTP w Łodzi za okres 1983–1986 r. (rękopis), Informacji do Biuletynu – 1988 r. (maszynopis);
7. Sprawozdań z pracy Zarządu OW i kół PTP w Łodzi w latach 2009–2016 (wydruki) oraz stron internetowych, w tym – PTP.

mgr Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz

Członek Zarządu i Koła Oddziału Wojewódzkiego PTP w Łodzi



## Sprawozdanie z konferencji naukowo-szkoleniowej „Postępowanie z raną przewlekłą”

„Pamiętajmy, że wszyscy, którzy pochylają się nad pacjentem z raną przewlekłą zdają egzamin z człowieczeństwa”

autor nieznany

W dniu 23 marca 2017 r. na terenie Urzędu Miasta Łodzi odbyła się konferencja „Postępowanie z raną przewlekłą” pod patronatem honorowym Prezesa NRPiP oraz patronatem medialnym Forum Leczenia Ran.

Organizatorem konferencji była Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi i Komisja Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodu we współpracy z firmą Evereth. Spotkanie dedykowane było środowisku medycznemu, które w codziennej praktyce zmagają się z ważną tematyką sprawowania opieki nad pacjentami z trudno gojącymi się ranami przewlekłymi.

Członkowie samorządu wykazali ogromne zainteresowanie udziałem w konferencji, ostatecznie liczba uczestników przekroczyła 220 osób.

Wysoki poziom merytoryczny spotkania to w duża zasługa dr hab. n. med. Marka Kucharzewskiego, Wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, który był opiekunem naukowym konferencji.

Otwarcia konferencji dokonała mgr Agnieszka Kałużna – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – podkreślając wagę poruszanej tematyki istotnej ze względu na coraz częstszy kontakt personelu medycznego z problematyką leczenia ran o różnej etiologii, zarówno w opiece szpitalnej, jak i ambulatoryjnej oraz domowej.

Spotkanie naukowo-szkoleniowe podzielone zostało na dwie sesje plenarne podczas których dokonano prezentacji faktów

opartych na wytycznych i rekomendacjach naukowych oraz wskazywano błędy w leczeniu, obalano mity, niestety jeszcze mocno zakorzenione w środowisku.

Prelegentami byli zarówno praktycy, którzy w swojej codziennej aktywności zawodowej osiągają znakomite rezultaty w leczeniu ran przewlekłych jak i przedstawiciele firm medycznych przedstawiający różne możliwości zastosowania rozwiązań leczniczych zależnych od etapu gojenia się uciążliwej rany. Wśród osób prezentujących doświadczenia własne w postępowaniu z ranami trudno gojącymi się były mgr Elżbieta Szkiller, autorka m.in. książki „Poradnik pielęgnacji ran przewlekłych” oraz mgr Sylwia Rogowska, pielęgniarki prowadzące specjalistyczne praktyki pielęgniarskie specjalizujące się w opiece nad pacjentami cierpiącymi z powodu występowania u nich ran przewlekłych.

Rana przewlekła (RP) to ubytek skóry spowodowany procesem chorobowym lub urazem, niepoddający się leczeniu; trudno ustalić jednoznacznie kryterium czasu trwania leczenia, po przekroczeniu którego możemy mówić o RP, najczęściej proponuje się, aby było to ponad 6–8 tygodni.

W większości przypadków udaje się ustalić przyczynę powstania RP i noszą one nazwę zgodnie ze swoją etiologią. Do najczęstszych RP należą:

- owrzodzenia żyłne goleni (OŻG, ok. 75 proc.),
- rany niedokrwienne goleni (ok. 14 proc.),
- zespół stopy cukrzycowej (ok. 5 proc.)
- oraz rany o etiologii mieszanej (żylna-niedokrwienna),
- owrzodzenia żyłne goleni,
- stopa cukrzycowa.

Do rzadziej spotykanych w praktyce klinicznej RP należą: odleżyny, rany immunologiczne, hematologiczne, ropne

## ZAPROSZENIE

Zarząd Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego zaprasza na spotkanie sprawozdawczo-wyborcze w dniu 9 czerwca 2017 r. o godz. 8.15 przed Konferencją z okazji 60-lecia PTP w Dużej Sali obrad Urzędu Miasta Łodzi (II piętro ul. Piotrkowska 104). Obecność członków Łódzkiego oddziału PTP obowiązkowa.

Zarząd Oddziału PTP





zgorzelinowe zapalenie skóry (*pyodermia gangrenosum*), owrzodzenia nowotworowe, rany towarzyszące wrodzonym malformacjom naczyń, rany brzucha i klatki piersiowej powstałe w przebiegu przetok przewodu pokarmowego, rany pourazowe oraz o nieznanym etiologii.

Obraz kliniczny RP różni się w zależności od czynnika etiologicznego prowadzącego do powstania rany, jej głębokości i fazy gojenia.

Utrzymywanie się czynnika, który doprowadził do powstania RP, znacznie opóźnia lub wręcz uniemożliwia jej wygojenie. Nadaje to jej przewlekły charakter, w którym różne etapy fizjologicznego procesu gojenia współlistnieją z nawracającym procesem chorobowym.

Dodatkowo mogą współlistnieć inne czynniki ogólnoustrojowe opóźniające gojenie: niedożywienie, choroby układowe i metaboliczne, niewydolność krążenia, niewydolność nerek, nowotwory, przewlekłe zakażenia, otyłość, zaawansowany wiek.

Na opóźnienie gojenia rany wpływają też czynniki miejscowe: obecność tkanek martwych, biofilm bakteryjny, obfity wysięk, obrzęk śródtkankowy, powtarzające się urazy.

Gojenie się rany jest kompleksowym i dynamicznym procesem, który w idealnych warunkach kończy się przywróceniem anatomicznej ciągłości i funkcjonalności.

Cały proces składa się z ciągu zalegających się etapów, począwszy od momentu powstania rany i może trwać przez miesiące, a nawet lata.

Proces gojenia rany można podzielić na trzy fazy:

- faza zapalna (hemostaza i stan zapalny),
- faza rozrostu (ziarninowanie, zmniejszanie się rany i epitelializacja),
- faza remodelowania (dojrzwienie i kształtowanie się tkanki kolagenowej).

Wiele czynników może wpływać niekorzystnie na proces gojenia się rany, a w konsekwencji doprowadzać do jej przewlekłego charakteru. Często mechanizmy tych zaburzeń są trudne do rozpoznania. Szacuje się, że w Polsce ponad 0,5 mln pacjentów ma problemy z ranami przewlekłymi, z czego 90 proc. to osoby w wieku 60–70 lat. Biorąc pod uwagę etiologię ran przewlekłych oraz czynniki dodatkowe (ogólnoustrojowe, miej-

scowe) mogące utrudniać ich gojenie nietrudno zgodzić się z tym, iż leczenie ran przewlekłych jest dużym wyzwaniem.

Jak leczyć rany przewlekłe?

Postępowanie z raną przewlekłą, które było tematem konferencji jest wieloaspektowym podejściem strategicznym.

Koncepcją, która była wymieniana często przez prelegentów była strategia TIME. Opracowana w 2002 roku, opublikowana rok później, definiuje cztery struktury istotne w terapii ran przewlekłych:

- służy do oceny łożyska rany,
- wyboru właściwej terapii miejscowej,
- doboru opatrunków:
- ochrona tkanek i brzegów rany,
- przywrócenie optymalnej wilgotności,
- zmniejszenia liczby bakterii,
- korygowanie zaburzeń związanych z brakiem postępów w leczeniu.

Składowe strategii TIME odnoszą się do najważniejszych elementów procesu gojenia ran przewlekłych, w skład których wchodzi m.in. opracowanie rany polegające na optymalizacji środowiska rany i pobudzeniu endogennych procesów leczniczych.

Wprowadzenie strategii TIME pozwala zmodyfikować środowisko biochemiczne rany i ułatwić jej przechodzenie przez kolejne etapy procesu naprawy: zapalenia, ziarninowania i epitelizacji, a także pozwala zapoczątkować proces efektywnego gojenia się rany.

W procesie leczenia wymagane jest m.in. zastosowanie opatrunków specjalistycznych, gwarantujących odpowiednie warunki do gojenia ran przewlekłych.

Cechy opatrunku wspomagającego naturalne procesy gojenia zostały określone przez Tunera i wsp.:

- utrzymuje wilgotne środowisko w łożysku rany,
- posiada dużą chłonność, reguluje nadmiar wydzieliny,
- nie przylega do powierzchni rany, umożliwia bezbolesną i atraumatyczną zmianę,
- chroni ranę przed dostaniem się drobnoustrojów chorobotwórczych i zanieczyszczeniem z zewnątrz,
- jest nietoksyczny i niealergizujący,
- utrzymuje prawidłową temperaturę rany zbliżoną do temperatury ciała,
- wspomaga proces leczenia na każdym etapie gojenia się rany.

Opatrunki nowej generacji, spełniające wymienione kryteria produkowane są w zróżnicowanych pod względem budowy i zastosowania grupach.

Posiadają one zróżnicowane właściwości zatrzymywania wysięku, którego wydzielanie zmienia się podczas poszczególnych faz gojenia rany.

Obok zewnętrznej ochrony i regulacji poziomu wilgotności, na każdym z etapów gojenia opatrunek ma do spełnienia inne, ważne w stymulowaniu naturalnych procesów zadanie.

Obecnie w Polsce zarejestrowanych jest około 360 opatrunków specjalistycznych. Stosuje się je w różnych etapach leczenia RP. Uczestnicy konferencji oprócz wysłuchania prezentacji przedstawiających zalety tych opatrunków mogli poszerzyć swoją wiedzę uczestnicząc w warsztatach tematycznych prowadzonych równocześnie przez przedstawicieli firm posiadających je w swojej ofercie sprzedażowej.

O opatrunkach można dowiedzieć się również ze strony internetowej [www.mojarana.pl](http://www.mojarana.pl)

Oprócz opatrunków specjalistycznych postępowanie z raną przewlekłą wymaga innych metod działania.

Przekazano wiedzę związaną ze stosowaniem antyseptyków i lawaseptyków i ich rolę w leczeniu miejscowym RP, w jakich

sytuacjach wykorzystać kompresjoterapię jako metodę leczniczą, przedstawiono własne doświadczenia w postępowaniu z trudno gojącymi się ranami przewlekłymi.

Na uwagę zasługuje również wykorzystanie terapii tlenem w leczeniu RP. Uczestnicy konferencji poznali innowacyjną metodą terapii hemoglobina.

Niedostateczne zaopatrzenie rany w tlen jest od dawna uznane za poważny problem w leczeniu ran. Przez uszkodzoną skórę albo ranę wywołaną przez chorobę pierwotną (np. cukrzycę lub choroby tętnic), do rany z zewnątrz dociera zbyt mało tlenu. Wysięk z rany uniemożliwia dotarcie tlenu z otaczającego powietrza do podstawy rany. Skutkuje to trudnościami w leczeniu rany niezależnie od tego jak umiejętnie i prawidłowo rana jest zaopatrywana.

Do takiego wniosku doszedł już w 1978 roku angielski badacz George D. Winter. Najnowsze badania również potwierdzają, że lokalne niedotlenienie (hipoksja) jest główną przyczyną nieprawidłowego gojenia się ran.

Nowy aerozol z hemoglobina Granulox jest pierwszym środkiem opatrunkowym, który rozwiązuje problem braku tlenu – i dzięki temu zdecydowanie przyspiesza gojenie rany.

Jako spray rozprządza się go łatwo, uzyskując szybko równomierne pokrycie całej rany. Natychmiast rozpoczyna się proces przenoszenia przez hemoglobinę tlenu z otaczającego powietrza do podstawy rany. Proces „transportera tlenu” trwa do 72 godzin i jest niezwykle skuteczny: przeliczono, że jeden gram hemoglobiny przenosi w ten sposób do 1 litra tlenu dziennie.

Dlatego użycie Granulox'u przyczynia się do tego, że wiele przewlekłych ran goi się znacznie lepiej niż wcześniej.

Podsumowując należy podkreślić, że pozytywne efekty w leczeniu RP można osiągnąć wówczas, jeżeli poznano etiologię rany, jeżeli wdrożono optymalne leczenie miejscowe, przyczynowe i jednocześnie leczone są wszystkie nieprawidłowości związane ze stanem zdrowia chorego.

Podczas trwania konferencji uczestnicy mieli okazję odwiedzić stoiska wystawców, którzy odpowiadali na wszystkie pytania związane ze stosowaniem środków przeznaczonych do pielęgnacji rany przewlekłej.

Każdy uczestnik otrzymał certyfikat potwierdzający uczestnictwo w konferencji.

Uważam, że konferencja naukowo-szkoleniowa spełniła oczekiwania uczestników. Wiedza przekazywana przez doświadczonych praktyków odnoszących ogromne sukcesy w leczeniu ran przewlekłych, tematy poruszające problemy z gojeniem się rany, możliwe sposoby postępowania, wzbudzały ogromne zainteresowanie osób biorących udział w spotkaniu. Zdobyte informacje na pewno będą wsparciem dla personelu medycznego i drogowskazem wskazującym odpowiednie postępowanie w sytuacji obejmowania opieką pacjenta cierpiącego z powodu rany przewlekłej.

Jolanta Łoś  
Przewodnicząca Komisji Kształcenia  
Promocji i Rozwoju Zawodu





## Spotkanie szkoleniowe dla pielęgniarek „Zapobieganie niezamierzonej hipotermii w okresie okołoperacyjnym”

W dniu 30 marca 2017 r. w pięknych wnętrzach restauracji „Gęsi Puch” w Łodzi odbyło się szkolenie nt.: „Zapobieganie niezamierzonej hipotermii w okresie okołoperacyjnym”, zorganizowane przez firmę 3MTM Health Care Academy wspólnie z Oddziałem Łódzkim Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki.

W szkoleniu uczestniczyło około 35 pielęgniarek anestezjologicznych oraz operacyjnych z wiodących łódzkich szpitali.

Spotkanie rozpoczął pan Przemysław Lenartowicz – Kierownik ds. Nauki i Edukacji, Koordynator ds. Badań Klinicznych 3M Poland. W swoim wystąpieniu przedstawił główne przyczyny niezamierzonej hipotermii, jej wpływ na częstość występowania zakażeń miejsca operowanego oraz inne powikłania związane z obniżeniem temperatury głębokiej ciała. Niezamierzona hipotermia okołoperacyjna stanowi poważny problem kliniczny dotyczący ponad połowy operowanych pacjentów, który wymaga podjęcia właściwych działań zapobiegawczych. Związane z nią powikłania wydłużają czas opieki szpitalnej oraz zwiększają koszty leczenia.

Utrata stanu normotermii podczas operacji jest wypadkową kilku czynników, takich jak: stosowanie anestetyków zaburzających procesy termoregulacji, niska temperatura na sali operacyjnej czy nawet odkażanie pola operacyjnego. Wraz ze zwiększającą się świadomością istoty i skali występowania okołoperacyjnej hipotermii, w naturalny sposób wzrasta zainteresowanie metodami jej zapobiegania.

Hipotermię okołoperacyjną definiuje się jako obniżenie ośrodkowej ciepłoty ciała pacjenta poniżej 36°C. Utrzymanie ośrodkowej temperatury ciała chorego powyżej 36°C stało się jednym ze standardów opieki okołoperacyjnej. Według dostępnych danych, podczas znieczulenia ogólnego, jak i przewodowego, temperatura ciała pacjenta może odbiegać od normy nawet o 2–4°C. W wyniku działania anestetyków dochodzi do rozszerzenia naczyń przedwłośniczkowych i upośledzenia mechanizmu termoregulacji, który odpowiada za utrzymanie normotermii, co skutkuje redystrybucją ciepła z kompartmentu centralnego do obwodowego.

Wystąpienie hipotermii okołoperacyjnej może przyczynić się nie tylko do zwiększenia częstości zakażeń miejsca operowanego i zwiększenia odsetka powikłań kardiologicznych (zaburzenia rytmu serca, zwiększenie ryzyka incydentów wieńcowych, zaburzenia krzepnięcia, niewydolność serca), ale także w bezpośredni sposób wpływa na biotransformację leków stosowanych podczas znieczulenia, powodując przedłużenie ich działania. Skutkuje to wydłużonym

czasem wybudzania pacjenta, np. czas działania anestetyku dożylnego – propofolu – wydłuża się o 30 proc., a środka zwiórczącego mięśnie poprzecznie prążkowane, tj. atracurium – aż o 60 proc. Dodatkowo, wybudzaniu pacjenta towarzyszą dreszcze, które pięciokrotnie zwiększają zużycie tlenu i produkcję dwutlenku węgla.

Prelegent zwrócił uwagę na znaczenie opieki pielęgniarskiej w trakcie przygotowania pacjenta do zabiegu, w trakcie zabiegu operacyjnego oraz w okresie pooperacyjnym. Jednym z wielu elementów niedostatecznego zadbania o utrzymanie normotermii może być pogłębiający się problem niedoboru kadr medycznych, skutkujący przeciążeniem obowiązkami oraz obecne w wielu placówkach braki sprzętowe.

Problematykę redystrybucji ciepła zgłębił w swoim wystąpieniu Al Van Duren, Dyrektor ds. Nauki i Edukacji 3M St. Paul USA: „Okoloperacyjne ogrzewanie i efekt redystrybucji u dorosłych pacjentów” (*Perioperative warming and the effect of redistribution in adult patients*). Wypowiedź rozpoczął od nakreślenia różnic w termodynamice osób dorosłych i dzieci – osobę dorosłą trudniej jest ogrzać w trakcie zabiegu operacyjnego niż dziecko. Istotną z punktu widzenia organizacyjnego jest także zmienność dobową temperatury ciała. Przyjęta powszechnie zasada wykonywania zabiegów operacyjnych wcześniej rano może okazać się niekorzystna dla pacjenta z powodu fizjologicznego obniżania się temperatury ciała w godzinach wczesnoporannych nawet do 36°C (szczególnie u osób po 50 roku życia). Zabieg operacyjny wykonany w fazie takiego obniżenia temperatury jest faktycznie wykonaniem zabiegu w stanie hipotermii i zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych.

Al Van Duren zwrócił także uwagę na to, kiedy dochodzi do najbardziej gwałtownego spadku temperatury głębokiej u znieczulonego pacjenta. Podane w trakcie indukcji i w trakcie zabiegu środki anestetyczne powodują po około godzinie największy spadek temperatury, który zaczyna się niwelować dzięki pracy podwzgórza dopiero po około 2–3 godzinach i to bez względu na to, czy pacjent był w trakcie zabiegu ogrzewany czy też nie. Coraz powszechniejsze skracanie długości zabiegów do około 1–1,5 godziny powoduje, że z sali operacyjnej na odcinek pooperacyjny trafia pacjent w hipotermii. Jedynym skutecznym sposobem zapobiegającym redystrybucji ciepła w czasie okołoperacyjnym jest dodanie ciepła do organizmu przed zabiegiem i kontynuowanie tego procesu na bloku operacyjnym w trakcie zabiegu.

Bardziej szczegółowo problematykę ogrzania pacjenta podczas zabiegów operacyjnych przedstawił Matjaz Preseren 3M Slovenia, prezentując wiele wytycznych międzynarodowych organizacji, takich jak WHO, Instytut Roberta Kocho, NICE (The National Institute for Health and Care Excellence), CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Zgodnie z zaleceniami NICE Clinical, każdy pacjent zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego powinien być poddany ocenie ryzyka hipotermii okołoperacyjnej i w sytuacji, kiedy temperatura głęboka przed zabiegiem jest niższa niż 36°C, musi być podniesiona do stanu normotermii.

Wytyczne NICE zwracają również uwagę na konieczność ogrzewania do 37°C podawanych w trakcie zabiegu płynów infuzyjnych, jeżeli ich objętość przekroczy 500 ml (dotyczy to również preparatów krwi), u wszystkich pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym dłuższym niż 30 minut. Należy przy tym zaznaczyć, że zapewnienie normotermii tylko przez podawanie ogrzewanych płynów nie jest możliwe, ponieważ energia cieplna dostarczona do organizmu w ten sposób jest dużo mniejsza niż jego utrata drogą promieniowania z nieosłoniętej powierzchni ciała oraz z pola operacyjnego.

Zgodnie z zaleceniami NICE w działaniach zapobiegających wystąpieniu hipotermii okołoperacyjnej należy stosować wszystkie dostępne środki i aktywne metody, takie jak systemy ogrzewania płynów infuzyjnych, urządzenia z wymuszonym obiegiem ciepłego powietrza, specjalistyczne materace i koce grzewcze, pamiętając przy tym o utrzymaniu odpowiedniej temperatury pomieszczeń. Badania wykazały, że najbardziej efektywną metodą ogrzewania pacjenta i zapobiegania niezamierzonej hipotermii okołoperacyjnej jest ogrzewanie wymuszonym obiegiem ciepłego powietrza.

Podczas trwania długich zabiegów oraz u chorych z grup podwyższonego ryzyka należy zapobiegać utracie ciepła z pomocą więcej niż jednej metody aktywnej. Najbardziej optymalnym sposobem zapewnienia normotermii w okresie okołoperacyjnym jest rozpoczęcie ogrzewania pacjenta na 20 minut przed zabiegiem za pomocą np. koców lub materaców – grzewczych, chociaż doświadczenia ośrodków w Niemczech i Austrii podają za wystarczające nawet 10-minutowe ogrzewanie na bloku operacyjnym dokonywane w czasie czynności przygotowawczych (przeprowadzanie wywiadu, założenie wkłucia obwodowego, założenie elektrod i in.) oraz kontynuowanie dostarczania ciepła przez cały pobyt na bloku operacyjnym i sali pooperacyjnej. Konieczna jest także co 30 minut kontrola temperatury głębokiej przed zabiegiem, w trakcie zabiegu i na sali pooperacyjnej. Wyniki badań dotyczące zmian temperatury głębokiej pacjentów ogrzewanych w taki sposób w czasie okołoperacyjnym wskazują na dużą skuteczność tej metody – wahania temperatury ciała są minimalne.

Podsumowując, celem szkolenia było przedstawienie problematyki hipotermii okołoperacyjnej i jej wpływu na częstość występowania powikłań pooperacyjnych. Prelegenci zaprezentowali również nowoczesne techniki i sprzęt służący do ogrzewania pacjentów w okresie okołoperacyjnym. Wysoki poziom merytoryczny szkolenia pozwolił na uzyskanie wielu nowych i szczegółowych informacji dotyczących prezentowanej problematyki, popartych wynikami licznych badań naukowych.

Serdeczne podziękowania składamy panu Przemysławowi Lenartowiczowi, prelegentom oraz uczestnikom spotkania.

Elżbieta Janiszewska  
Aneta Bronka





Fot. 2. Florencja Nightingale w szpitalu w Scutari; litografia z 1856 r.



Fot. 1. Pielęgniarka opatruje rannego podczas walk pod Sewastopolem w 1855 r.

## Wojna krymska a Florencja Nightingale i jej łódzkie naśladowczynie

mgr MARIA RZEPKOWSKA

**W** „Panteonie”<sup>1</sup> (Archiwum Komisji Historycznej PTP w Łodzi) łódzkich pielęgniarek, zmarłych i współcześnie żyjących, przechowywane są dokumenty dotyczące wielu wybitnych osobowości – przedstawicielek tego zawodu – zasługujących na uznanie, wdzięczność i pamięć nie tylko wśród łódzkiego społeczeństwa.

Wiele z nich – za pracę naznaczoną duchem poświęcenia – zaszczyconych zostało różnymi odznaczeniami, odznakami i wyróżnieniami, ale tylko trzem pielęgniarkom<sup>2</sup>, pracującym przez większość zawodowego życia w Łodzi, przyznany został medal Florence Nightingale<sup>3</sup>.

Były to:

- Maria Stencel – ur. w 1900 r. w Niżnym-Dnieprsku na Ukrainie, zm. w Łodzi w roku 1985. Medal F. Nightingale otrzymała w 1961 r.

- Maria Pastwa – ur. w Warszawie w 1918 r., zm. w 1998 w Łodzi, w rok później (1999 r.) otrzymała pośmiertnie Medal F. Nightingale.

- Stanisława Sroczyńska – ur. w 1909 r. w Warszawie, zm. w Łodzi w 2001 r. – którym to roku pośmiertnie otrzymała Medal Florence Nightingale.

Zbliżająca się kolejna rocznica urodzin Florencji Nightingale (12 maja) jest dobrą okazją, aby jeszcze bardziej przybliżyć – nie tylko pielęgniarskiej społeczności – postać „szlachetnej Angielki – pielęgniarki wszech czasów”<sup>4</sup> i jej łódzkich naśladowczyń, które – podobnie jak ona – z narażeniem własnego zdrowia i życia podczas różnych działań wojennych i innych tragedii dziejowych – niosły ulgę w cierpieniu, ratowały życie i zdrowie nie tylko żołnierzy, ale często i przypadkowych ludzi.

Florencję Nightingale wykreowała do rangi bohatera narodowego wojna krymska<sup>5</sup> (1853–1856), podczas której po raz pierwszy znaczący udział w ochronie życia i zdrowia walczących żołnierzy miały kobiety. Pierwszy raz przebieg działań wojennych relacjonowany był na bieżąco przez ówczesne środki przekazu<sup>6</sup>

4 Maciej Rosolak: „Pielęgniarka wszech czasów”. Rzeczpospolita. Oficyna Wydawnicza, „Mówią wieki”, 25 X 2008, nr 42, 3

5 W wojnie krymskiej, oprócz Brytyjczyków, uczestniczyli Francuzi, Turcy, Piemontczycy – przeciwko Rosji, która też miała swojego bohatera, ratującego życie i zdrowie rosyjskich żołnierzy; był nim lekarz Mikołaj Pirogow z korpusem siostr miłosierdzia.

6 Działania wojenne dokumentowali m.in.: Szkot – James Robertson (który we wrześniu 1855 r. wykonał zdjęcia Bałakławy oraz zrujnowanego Sewastopola); Anglicy – Roger Fenton (fotograf dworu) i Felice A. Beato; Rumun – Carol Szathmori (pracował po obu stronach frontu, miał na to zgodę wszystkich stron konfliktu);

– prasę: za sprawą dziennikarzy – reporterów, rysowników oraz dzięki nowemu (wówczas) wynalazkowi – fotografii.

Wizja frontowego piekła dotarła zatem do szerokich kręgów społecznych – szczególnie do społeczeństwa brytyjskiego. Straszliwy obraz zniszczeń, jaki ta wojna niosła ze sobą wśród ludzi i dóbr materialnych, każdy czytelnik gazet mógł przeczytać i widzieć na fotografii. Mógł zobaczyć: zasypany bombami i zniszczony Sewastopol, ginących żołnierzy na froncie, brudne lazarety, robactwo, brak łóżek. Mógł przeczytać o umierających z powodu zadanych ran, o szerzących się chorobach zakaźnych, cierpiących i głodnych żołnierzach (fot. 1).

W tej sytuacji ratunkiem okazała się działalność wszechstronnie wykształconej pielęgniarki – Florence Nightingale i jej 38-osobowego zespołu sanitariuszek, które w październiku 1854 r., na prośbę ministra wojny – Sidney’a Herberta – przybyły do Scutari. Zorganizowały tam od podstaw system opieki nad rannymi i chorymi żołnierzami, wraz z „Anielską Bandą” (tak nazywano towarzyszące Florencji sanitariuszki) uratowała od śmierci wielu brytyjskich żołnierzy. Poprawiła warunki sanitarne, zastosowała izolację chorych zakaźnie od rannych żołnierzy, zorganizowała kuchnię i pralnię szpitalną. Każdej nocy osobiście, z zapaloną lampą, obchodziła sale chorych i rannych żołnierzy. W wyniku troskliwej opieki – śmiertelność w nadzorowanej przez nią placówce spadła z 42 proc. do 2 proc. (fot. 2).

Cztery lata później, po zakończeniu krymskiej wojny (w 1856 r.), ze środków finansowych, ofiarowanych przez wdzięcznych żołnierzy, ich rodziny i społeczeństwo –

Francuzi: Jean Charles Langlois i Leon-Eugene Mehedin. Ilustracje specjalnego wysłannika z „L’Illustration” – rysownika i fotografa – Jeana Baptise’a Durand Bragera oddawały żołnierską dolę i niedolę.

### Polki, którym przyznany został Medal Florence Nightingale

1923  
Maria Tarnowska

1925  
Ludwika Sternlieb

1927  
Józefina Dudajek

1929  
Rozalia Jachimowicz, Helena Nagórska

1931  
Stefania Potocka-Ziembińska, Wanda Idzikowska

1933  
Maria Modrzewska, Jadwiga Suffczyńska,  
Jadwiga Gronczyńska, Michalina Mieleśzewska

1935  
Zofia Szlenkierówna

1939  
Maria Skorupska

1947  
Władysława Dyczakowska, Bronisława Karpowicz,  
Barbara Wanda Peszke, Jadwiga Romanowska,  
Janina Tyszyńska, Halina Świątecka, Alicja Wierzbicka,  
Maria Babicka-Zachertowa, Zofia Bittenek,  
Małgorzata Żmudzka

1949  
Anna Rydlówna, Maria Wilkońska

1961  
Wanda Loreńczuk, Maria Stencel

1965  
Luba Blum-Bielicka, Władysława Steffen

1969  
Maria Hadera, Zofia Muszka,  
Florentyna Wrońska-Kaczmarek

1973  
Helena Dąbrowska,  
Elżbieta Klementyna Krzywicka-Kowalik

1975  
Maria Aleksandrowicz, Irena Weimann,  
Krystyna Stankowska, Julia Nenko

1977  
Janina Ginowicz, Halina Szczudłowska,  
Wanda Woźniak, Maria Zakrzewska

1 Panteon – świątynia wszystkich bogów w Rzymie.

2 Medal F. Nightingale otrzymała pośmiertnie w 1947 r. Maria Babicka-Zachertowa, urodzona w Łodzi w roku 1892, zmarła w 1944 r. – rozstrzelana przez własowców – Słowo Lekarskie, luty 1946 r.: „W sierpniu 1944 r. została zamordowana przez siepaczy niemieckich śp. Maria Babicka-Zachertowa”. Źródło – Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego: www.wmpip.org.pl

3 Medal Florence Nightingale – najwyższe międzynarodowe odznaczenie przyznawane jest (pośmiertnie, poległym na polu chwały i żyjącym) pielęgniarkom oraz osobom z pomocniczego personelu Czerwonego Krzyża. Pierwszy raz Medal został przyznany w setną rocznicę urodzin F. Nightingale – 12 maja 1920 r. Pierwszą Polką, nagrodzoną tym Medalem, była w 1923 r. Maria Tarnowska. Do roku 1985 Medal ten otrzymało 101 Polek (patrz – Aneksy nr 1 i 2).



1979

Wanda Janina Batkowska,  
Józefa Juszcak, Irena Kowalska,  
Stanisława, Król Elżbieta Lohman

1983

Janina Czaja, Wanda Luboińska

1985

Wanda Żurawska, Janina Pohorecka

1987

Irena Romanowska, Waleria Pęska,  
Helena Rabowska-Witkiewicz,  
Magdalena Pusłowska-Owczarek

1989

Janina Hofman, Wanda Ossowska,  
Eleonora Świerczek, Alicja Zych, Jadwiga Omyłło,  
Stanisława Fronczak-Karolczuk

1991

Dorota Ścigajło, Halina Michalska

1993

Eugenia Maria Binzer, Irena Fabiańska,  
Wacława Kamieńska, Bohdana Miłośława Kijewska,  
Janina Parżnicka

1995

Ewa Bednarczyk, Irena Czyżycka,  
Rachel Hutner, Anna Iżycka-Kowalska

1997

Janina Mizerska, Paulina Palczak

1999

Wanda Moenke, Maria Pastwa,  
Joanna Halina Siczek, Janina Sojka

2001

Apolonia Dolińska, Danuta Gałkowa,  
Jadwiga Wąsowicz, Marianna Foks,  
Jadwiga Ściepko, Apolonia Filuk,  
Stanisława Sroczyńska, s. Maria Sierocka

2003

Anna Gisges, Stefania Zofia Hoch,  
Maria Kurkowska, Marianna Michalak,  
Maria Szleminger,  
Zofia Katarzyna Węgrzecka-Andrzejkiewicz,  
Józefina Słupiańska

2005

Zofia Sporzyńska, Anna Dyrłacz,  
Halina Bulińska, Halina Jedlińska,  
Aleksandra Agnieszka Banasiak

2007

Anna Ginalska, Kamila Łukaszewicz, Alina Rumun



Florence Nightingale zorganizowała pierwszą świecką szkołę pielęgniarstwa. Osobiście nadzorowała zajęcia, pilnowała, aby kształcenie i wychowywanie odbywało się zgodnie z jej zaleceniami i programem. Swoją rozległą wiedzę, pielęgniarские umiejętności i doświadczenie<sup>7</sup> zawarła w licznych podręcznikach dla pielęgniarzek. Jest autorką wielu publikacji nt. filozofii pielęgniarstwa, warunków mających wpływ na zachowanie zdrowia, jego przywracanie i skuteczne ratowanie. Wypowiadała się w listach<sup>8</sup> i innych formach pisemnych nt. organizacji szpitali wojskowych, cywilnych i zakładów położniczych. Pisała o metodach i formach szerzenia zasad higieny w społecznościach wsi i małych miast.

W 1904 r. Florence Nightingale nadano tytuł: Lady of Grace św. Jana Jerozolimskiego, a w 1907 r. najwyższe odznaczenie – Brytyjski Order Zasługi: „Of merit”. Pięć lat po jej śmierci (19 sierpnia 1910 r.) wzniesiono ku jej czci pomnik na Placu Waterloo w Londynie. Społeczeństwo Anglii godnie podziękowało swojej narodowej bohaterce za trud jej pracy i życiowe osiągnięcia.

Niekończącą się pamięć o Florence Nightingale zapewniły jej Narodowe Komitety Czerwonego Krzyża, Czerwonego Półksiężycy i Czerwonego Lwa, które co 2 lata, w dniu urodzin prekursorki zawodowego pielęgniarstwa, przyznają przedmiotowe Odznaczenie.

O wspomnianych na początku niniejszego opracowania trzech łódzkich pielęgniarzkach, nagrodzonych Medalem Florence Nightingale – w następnym numerze Biuletynu OIPiP w Łodzi

Wykaz literatury u Autorki

mgr Maria Rzepkowska  
Członek Komisji Historycznej PTP  
i Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych przy OIPiP w Łodzi

<sup>7</sup> Przed wyjazdem do Scutari praktykę pielęgniarstwa odbywała w Kaiserwerth nad Renem, następnie przyjęła stanowisko przełożonej w Zakładzie Opieki dla Chorych Dam w Londynie.

<sup>8</sup> Będąc kobietą nie mogła (w owym czasie) być zapraszana na posiedzenia parlamentu ani innych gremiów, pracujących nad rozwiązaniem problemów, np. sanitarno-medycznych, ale jej rad zawsze wysłuchiwano.

Podziękowanie dla Pani **Bożeny Kopki**  
pielęgniarki Oddziału Chirurgii i Urologii Dziecięcej Ośrodka Pediatrycznego im. Janusza Korczaka w Łodzi

W związku z przejściem na emeryturę składamy serdeczne podziękowania i wyrazy uznania za pełną zaangażowania pracę zawodową, sumienność i rzetelność w wykonywaniu zawodowych obowiązków.  
Życzymy Ci dni pełnych szczęścia, spokoju i spełnienia.

Personel Oddziału Chirurgii, Urologii i Bloku Operacyjnego

„Dzięki przyjaznej dłoni ludzi dobrej woli możliwa jest realizacja naszych zamierzeń i celów”

Bardzo serdecznie chciałabym podziękować wszystkim pracownikom  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
za współpracę, za okazaną życzliwość i pomoc, kiedy jej potrzebowałam.

Szczególne podziękowania Pani Przewodniczącej Agnieszce Kałużnej za szansę i zaufanie którymi mnie obdarzyła oraz Paniom Położnym z Działu Kształcenia za nowo zdobyte w trakcie pracy doświadczenia, które z pewnością przydadzą mi się w dalszej pracy zawodowej. Wasza serdeczność i pomoc była nieoceniona w obliczu wykonywania moich nowych obowiązków. Bez was było by to niemożliwe, a na pewno bardzo utrudnione.

Jednocześnie życzę Wszystkim powodzenia oraz wielu sukcesów zawodowych i osobistych.

Za to wszystko jeszcze raz serdecznie dziękuję.  
Położna Monika Puźmierowska

„Ten jest najlepszy, kto chętnie daje,  
nigdy nie żąda zwrotu, a cieszy się nim;  
kto szczerze zapomniawszy o tym, co ofiarował,  
odbiera to jakby jemu wyświadczone dobrodziejstwo”  
Seneka Młodszy

Serdecznie dziękuję Wszystkim pracownikom medycznym i nie medycznym  
Szpitala im. M. Madurowicza w Łodzi za wieloletnią współpracę.  
Szpital „Madurowicza” był dla mnie miejscem, w którym spędziłam większość zawodowego życia,  
dlatego będę go zawsze darzyła ogromnym sentymentem.

Przez 27 lat pracy doświadczyłam wielu dowodów życzliwości i wsparcia, co było szczególnie istotne w przypadku podejmowania decyzji trudnych, niepopularnych, ale koniecznych w pracy położnej, a następnie położnej epidemiologicznej. W swojej pracy, w kontaktach z położnymi, pielęgniarkami, lekarzami, pracownikami nie medycznymi starałam się utrzymywać relacje partnerskie, oparte na wzajemnym zaufaniu i szacunku, otwartości na zgłaszane propozycje rozwiązań realizowanych zadań, wychodząc z założenia, że nikt nie ma patentu na mądrość i nieomylność.

Są wśród Was osoby, o których mogę powiedzieć, że są i mam nadzieję nadal będą dla mnie kimś więcej niż tylko współpracownikami. Zachowam we wdzięcznej pamięci wielu wspaniałych ludzi, których dane mi było poznać.

To był naprawdę piękny czas kiedy miałam możliwość pracy z Wami Wszystkimi.

Dziękuję bardzo  
Położna Monika Puźmierowska





Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarstwa i położnej oraz sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

#### Przynależność pielęgniarek i położnych do samorządu jest obowiązkowa.

Na wniosek osoby posiadającej dyplom ukończenia studiów na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo okręgowa rada pielęgniarek i położnych stwierdza lub przyznaje prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub położnej oraz dokonuje wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych.

Pielęgniarka i położna stają się członkami samorządu z dniem wpisania do rejestru prowadzonego przez właściwą izbę.

Członkami Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi są pielęgniarki i położne, które mają stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu i pozostają wpisane do rejestru prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi jest jednostką organizacyjną samorządu, obejmującą zakresem swojego działania miasto Łódź oraz powiaty: bełchatowski, kutnowski, łęczycki, łódzki wschodni, opoczyński, pabianicki, pajęczański, piotrkowski, radomszczański, rawski, skierniewicki, tomaszowski, wieluński, zgierski.

#### Przypominamy o obowiązku dokonania wpisu do rejestru:

- ▶ w razie zgłoszenia zamiaru wykonywania zawodu na obszarze działania dwóch lub więcej okręgowych izb pielęgniarstwa i położna są obowiązane dokonać wyboru okręgowej izby, której będą członkami
- ▶ w przypadku zamiaru rozpoczęcia wykonywania zawodu na obszarze innej okręgowej izby, a także w przypadku wykonywania zawodu na obszarze działania dwóch lub więcej okręgowych izb, jeżeli w wyniku tego miałyby dojść do zmiany dotychczasowej okręgowej izby, pielęgniarka i położna składają wniosek o wykreślenie ich z rejestru dotychczasowej okręgowej izby wraz z informacją o dokonanym wyborze okręgowej izby, której chcą zostać członkami
- ▶ po otrzymaniu uchwały o wykreśleniu z rejestru z dotychczasowej okręgowej izby pielęgniarstwa i położna składają wniosek o wpis do rejestru wybranej przez siebie okręgowej izby
- ▶ w przypadku wykonywania zawodu wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka i położna składają wniosek o wykreślenie z rejestru wraz z informacją o miejscu wykonywania zawodu

#### Członkowie samorządu są obowiązani:

- ▶ postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu
- ▶ sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe
- ▶ przestrzegać uchwał organów izb
- ▶ regularnie opłacać składkę członkowską
- ▶ aktualizować dane w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych – w ciągu 14 dni od dnia powstania zmian. Dotyczy to w szczególności: danych osobowych, adresu zamieszkania, informacji o ukończeniu kształcenia podyplomowego, miejsca zatrudnienia

Dnia 22 marca 2017 roku, tak niespodziewanie i zdecydowanie za wcześnie odeszła od nas nasza Koleżanka, znakomita pielęgniarka

#### *śp. Krystyna Szamburska*

Pracowała przez wiele lat w Szpitalu im. H. Wolfa i w Instytucie CZMP od początku jego otwarcia.

Pełniła różne funkcje zawodowe, m.in. była pielęgniarką oddziałową w Oddziale Noworodków III Septycznych

Pełna życia, pomysłów, wrażliwa, otwarta na ludzi i świat.  
I taką Ciebie Krysiu zapamiętamy.

Pielęgniarki z Instytutu CZMP





## UPRAWNIENIA CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI

### Członkowie samorządu mają prawo:

- ▶ wybierać i być wybierani do organów OIPiP w Łodzi
- ▶ korzystać z pomocy izb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz ochrony właściwych warunków wykonywania zawodu
- ▶ korzystać z ochrony i pomocy prawnej izb
- ▶ korzystać z innych świadczeń izb i działalności samopomocowej
- ▶ członkowie OIPiP w Łodzi podlegają bezpłatnemu ubezpieczeniu w zakresie odpowiedzialności cywilnej związanej z wykonywaniem zawodu

### Zapraszamy do korzystania z pomocy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w zakresie:

- ▶ **bezpłatnego udziału w formach kształcenia podyplomowego:**
  - szkoleniach specjalizacyjnych
  - kursach kwalifikacyjnych
  - kursach specjalistycznych
  - kursach dokształcających
- ▶ **bezpłatnego udziału w różnych formach doskonalenia zawodowego**

Zasady udziału członków OIPiP w Łodzi w formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego m.in. organizowanego przez OIPiP w Łodzi określone zostały Uchwałą Nr 862/VI ORPiP w Łodzi z dnia 8 października 2013 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego (ze zm.) – tekst na stronie internetowej OIPiP w Łodzi: [www.oipp.lodz.pl/zasady\\_przyznawania\\_dofinansowania](http://www.oipp.lodz.pl/zasady_przyznawania_dofinansowania)

Wykaz prowadzonych form kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego organizowanego i finansowanego z budżetu OIPiP w Łodzi – aktualizowany jest na bieżąco na stronie internetowej: [www.oipp.lodz.pl/ksztalcenie\\_podyplomowe](http://www.oipp.lodz.pl/ksztalcenie_podyplomowe)
- ▶ **pomocy finansowej w związku z wystąpieniem zdarzeń losowych członków samorządu**

Zasady udzielania zapomóg w ramach działalności OIPiP w Łodzi określone zostały Uchwałą nr 908/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 13 listopada 2013 r. w sprawie regulaminu udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (ze zm.) – tekst na stronie internetowej OIPiP w Łodzi [www.oipp.lodz.pl/pomoc\\_socjalna](http://www.oipp.lodz.pl/pomoc_socjalna)
- ▶ **bezpłatnej pomocy prawnej dotyczącej wykonywanego zawodu**

Bezpłatne porady prawnika w siedzibie OIPiP w Łodzi
- ▶ **bezpłatnego korzystania z zasobów biblioteki OIPiP w Łodzi**
- ▶ **lektury Biuletynu OIPiP w Łodzi, zawierającego informacje dotyczące zarówno życia samorządu zawodowego jak i artykuły merytoryczne związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej**