

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

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

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk
tel. 42 633 22 48

Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

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

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

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

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

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

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

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

Konto bieżące OIPiP

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

Prawo wykonywania zawodu

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
mgr Danuta Ciechomska
Sylwia Baran
mgr Angelika Plak

Biblioteka OIPiP

– *przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału
w kształceniu podyplomowym*

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

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

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

Mecenas

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

Kasa

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

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 3

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 6

PODZIĘKOWANIA 14

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 15

POŻEGNANIA 20

PIERWSZA POMOC I–IV

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

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

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

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelny: mgr Joanna Gąsiorowska

Zdjęcia: okładka oraz s. 10, I, 14: Bank Zdjęć Photogenica

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.

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

ISSN: 1640-7679

Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

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

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

XLIII posiedzenie ORPiP
6 października 2015 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkę.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki wykonywanej w przedsiębiorstwie.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki poprzez dodanie kolejnego miejsca wykonywania działalności leczniczej.
- ▶ Wykreślono z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktykę pielęgniarki i 1 praktykę położnej.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące 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 – 2 pielęgniarki,
 - wydano zaświadczenie o odbytym przeszkoleniu – 1 pielęgniarki i 1 położnej.
- ▶ Dokonano wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych prowadzonym przez OIPiP w Łodzi – 2 kursów kwalifikacyjnych i 1 kursu specjalistycznego, zgodnie z nowymi programami zatwierdzonymi przez Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r.
- ▶ Upoważniono i delegowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do opiniowania sposobu podziału miesięcznego środków na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych określonych w § 2 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2015, poz. 1400), zgodnie z § 2 ust. 4 pkt 2.
- ▶ Utrzymano w mocy decyzję Prezydium ORPiP o odmowie przyznania 1 osobie zapomogi losowej, ze względu na

brak spełnienia wymogu regulaminowego – złożenie wniosku 13 miesięcy po wystąpieniu zdarzenia losowego.

- ▶ Zaopiniowano pozytywnie kandydaturę na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki dla województwa łódzkiego.
- ▶ Podjęto decyzję o przeprowadzeniu na koniec VI kadencji spisu z natury majątku OIPiP w Łodzi.
- ▶ Podjęto decyzję o pokryciu z budżetu OIPiP w Łodzi kosztów przeprowadzenia głosowań elektronicznych podczas obrad XXXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w dniach 23–24 listopada 2015 r.
- ▶ Upoważniono Prezydium ORPiP w Łodzi do podejmowania decyzji w określonych sprawach w okresie od 7 października 2015 r. do 23 listopada 2015 r. (do końca VI kadencji).
- ▶ Zatwierdzono:
 - dofinansowanie działalności Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych OIPiP w Łodzi w roku 2016;
 - wykreślenie z ewidencji OIPiP w Łodzi, na podstawie ekspertyzy, sprzętu zakupionego za dotację z budżetu OIPiP w Łodzi na działalność statutową rejonów wyborczych/zakładów;
 - koszty dodatkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej 17 osobom odbywających zajęcia stażowe w ramach szkolenia specjalistycznego w dziedzinie Pielęgniarstwa neonatologicznego, dla pielęgniarek i położnych, w Instytucie CZMP w Łodzi;
 - koszty rocznego ubezpieczenia posiadanego mienia i odpowiedzialności cywilnej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi przy ul. Emilii Plater 34;
 - plan kontroli 3 organizatorów kształcenia podyplomowego wpisanych do rejestru prowadzonego przez OIPiP w Łodzi w zakresie 5 realizowanych edycji szkoleń i kursów;
 - zmiany w składach osobowych 2 komisji problemowych OIPiP w Łodzi, poprzez wpisanie 5 członków;
 - kadre dydaktyczną dla 5 szkoleń specjalistycznych, 4 kursów kwalifikacyjnych, 4 kursów specjalistycznych i 1 kursu dokształcającego, organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi/MZ w OIPiP w Łodzi i zakładach;
 - zmiany w planie szkoleń i kursów organizowanych przez OIPiP w Łodzi w roku 2015 poprzez dodanie do realizacji 3 edycji 2 kursów specjalistycznych oraz wykreślono 1 kurs specjalistyczny, którego nie uwzględnia obowiązujące od dnia 24 sierpnia 2015 r. nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia.
 - ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla 1 kursu specjalistycznego u 1 organizatora kształcenia.
 - ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowisko kierownicze – 1 naczelniej pielęgniarki, 1 przełożonej pielęgniarki i 4 pielęgniarek oddziałowych w 2 podmiotach leczniczych.

Szanowni Państwo
Koleżanki i Koleżki



Ostatnie miesiące mijającej kadencji to czas związany z wieloma wydarzeniami, jak negocjacje warunków płacy i pracy. Tak oczekiwane zmiany przez przedstawicieli naszych środowisk, determinowane były brakiem reakcji Rządu RP na składane postulaty. Swoistym wydarzeniem podkreślającym podjęte działania okazał się protest w dniu 10 września 2015 r., który w sposób wymowny zobrazował skalę problemu otaczającej nas rzeczywistości. Podpisane porozumienie przez Ministra Zdrowia z Przedstawicielami środowiska pielęgniarek i położnych w odniesieniu do wydanych rozporządzeń, jest realizowane. Również rozpoczęta przez samorząd akcja społecznościowa „Ostatni dyżur”, która zaplanowana została do końca listopada, oraz akcja zbierania podpisów poparcia pod tzw. „receptami”, co było nagłaśniane w mediach, pokazały, w jakim miejscu znalazło się polskie pielęgniarstwo i położnictwo.

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koleżki, dobiega czas końca VI kadencji Samorządu pielęgniarek i położnych, który wypełniony był wieloma wydarzeniami, często niezaplanowanymi. Jednak podejmowane wspólne działania, chociażby podpisane porozumienie Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych z województwa łódzkiego ze Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych Regionu Łódzkiego, spotkania z Przedstawicielami władzy, determinowały realizację podjętych działań Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, za co jestem wdzięczna i serdecznie dziękuję.

Dziękuję również Przewodniczącym i Członkom Organów: Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych, Okręgowej Komisji Rewizyjnej za merytoryczną pracę, która przelożyła się na poprawę sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

Dziękuję Pełnomocnikom ORPiP, Konsultantom Wojewódzkim w dziedzinach pielęgniarstwa, położnictwa i ginekologii, wszystkim Delegatom na Zjazd VI mijającej kadencji za zaangażowanie i pracę na rzecz naszych zawodów.

Dziękuję Przewodniczącym i Członkom komisji, zespołów problemowych OIPiP, Pracownikom biura Okręgowej Izby za postawę, zaangażowanie oraz nieocenioną pomoc.

Kałużna

Agnieszka Kałużna
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

XLVI posiedzenie Prezydium ORPiP 21 października 2015 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiej i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiej OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarek i 1 pielęgniarskiej.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 4 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarskiej – 1 pielęgniarskiej.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyk pielęgniarskiej i 1 praktyki pielęgniarskiej wykonywanych w przedsiębiorstwach.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki położnej w podmiocie leczniczym.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarskiej, 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 pielęgniarskiej.
- ▶ Dokonano wpisu i zmiany we wpisie w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych prowadzonym przez OIPiP w Łodzi – 3 zmiany wpisu w szkoleniach i kursach specjalistycznych, 4 wpisów kursów specjalistycznych u 3 organizatorów kształcenia, zgodnie z nowymi programami zatwierdzonymi przez Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r.

- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkolenia specjalistyczne – 2 osobom.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi 6 zapomóg w wysokości: 2 × 2500 zł, 3 × 2000 zł i 1 × 1500 zł. Odmówiono 2 osobom przyznania zapomogi ze względów regulaminowych – brak regularnego odprowadzania składek członkowskich na konto OIPiP w Łodzi przez okres co najmniej dwóch lat przed złożeniem wniosku, opisana sytuacja rodzinna i materialna, nie jest zdarzeniem losowym dotyczącym członka samorządu w rozumieniu wymogu regulaminowego.
- ▶ Zatwierdzono:
 - koszty zabezpieczenia i przeprowadzenia przez firmę głosowania elektronicznego podczas obrad XXXII OZPiP w Łodzi (sprawozdawczo-wyborczego) w dniach 23–24 listopada 2015 r.;
 - honoraria dla 3 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP Nr 10/2015;
 - koszty zakupu zdjęć i wzornika CMYK do wydawanego Biuletynu przez OIPiP w Łodzi;
 - zmianę w planie kursów organizowanych przez OIPiP w Łodzi w zakresie zmiany nazwy kursu specjalistycznego i kosztów realizacji, zgodnie z programem zatwierdzonym przez MZ;
 - kadre dydaktyczną dla 6 szkoleń specjalistycznych, 1 kursu kwalifikacyjnego, 10 kursów specjalistycznych i 2 edycji kursu dokształcającego organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi/MZ w zakładach i OIPiP w Łodzi;
 - powołano skład osobowy 3 komisji kwalifikacyjnej i komisji egzaminacyjnej kursów specjalistycznych realizowanych w OIPiP.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych dla 2 kursów specjalistycznych i 1 kursu kwalifikacyjnego u 2 organizatorów kształcenia.
- ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowisko kierownicze – 1 zastępcę kierownika GOZ.

oprac. mgr Maria Kowalczyk – Sekretarz ORPiP

XXXII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
 (sprawozdawczo-wyborczy)
 odbędzie się w dniach
23–24 listopada 2015 r. (poniedziałek–wtorek)
 w Urzędzie Miasta Łodzi
 (ul. Piotrkowska 104) – budynek B, Duża Sala Obrad (II piętro)

Korespondencja z MZ dotycząca zatrudniania ratowników medycznych na oddziałach szpitala innych niż szpitalny oddział ratunkowy



Minister Zdrowia

Pani
 Agnieszka Kałużna
 Przewodnicząca
 Okręgowej Rady
 Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Szanowna Pani Przewodnicząca

W odpowiedzi na pismo znak: OIPIPE/1164/2015/DP/MJ z dnia 15 września br. **w sprawie zatrudniania ratowników medycznych na oddziałach szpitala innych niż szpitalny oddział ratunkowy**, proszę o przyjęcie poniższego stanowiska.

Wyżej wymieniona kwestia została uregulowana w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r., poz. 757 z późn. zm.) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2007 r., Nr 4 poz. 33).

W myśl art. 11 ust. 1 ww. ustawy „wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na:

- 1) zabezpieczeniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby ofiar i degradacji środowiska;
- 2) dokonywaniu oceny stanu zdrowia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i podejmowaniu medycznych czynności ratunkowych;
- 3) transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 4) komunikowaniu się z osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i udzielaniu jej wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 5) organizowaniu i prowadzeniu zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych.”

Medyczne czynności ratunkowe, zgodnie z definicją zawartą w art. 3 pkt 4 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym są to świadczenia opieki zdrowotnej

w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32. ust 1 pkt 2 (zespół ratownictwa medycznego) w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Mając na uwadze powyższe, wskazać trzeba, że ratownik medyczny może wykonywać medyczne czynności ratunkowe wyłącznie w zespole ratownictwa medycznego, z tym że zgodnie z brzmieniem art. 12 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. Nr 208, poz. 1241) ratownik górski i ratownik narciarski, posiadający uprawnienia ratownika medycznego, o którym mowa w art. 10 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, przy wykonywaniu działań ratowniczych może wykonywać medyczne czynności ratunkowe w zakresie określonym na podstawie art. 11 ust. 2 tej ustawy. Dodatkowo na mocy z art. 19 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. Nr 208, poz. 1240), ratownik wodny, posiadający uprawnienia ratownika medycznego, przy wykonywaniu działań ratowniczych może wykonywać medyczne czynności ratunkowe w zakresie określonym na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Ponadto ratownik medyczny może uczestniczyć w zabezpieczeniu medycznym imprez masowych jako członek zespołu wyjazdowego i patrolu ratowniczego oraz może wchodzić w skład personelu punktu pomocy medycznej. Ratownicy medyczni znajdują też zatrudnienie w izbach wytrzeźwień oraz w ratownictwie górniczym.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż w Parlamencie trwają prace nad poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw. Przedmiotowa nowelizacja daje prawne możliwości zatrudniania ratowników medycznych w systemie ochrony zdrowia i poza nim. Zakres czynności, jakie będzie wykonywał ratownik medyczny samodzielnie, pod nadzorem lekarza lub na zlecenie, w tym zlecenie pielęgniarki, określi wydane do ustawy rozporządzenie, które zostanie przygotowane wspólnie z samorządem lekarskim i pielęgniarskim, a następnie zgodnie z procedurą legislacyjną będzie poddane konsultacjom publicznym.

Z up. Ministra Zdrowia
 Podsekretarz Stanu
 Piotr Warczyński



IX Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki

W dniach 17–19 września 2015 r. odbył się IX Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki. Organizatorem byli PTPAiIO oraz Evereth Publishing Sp. z o.o. W pierwszym dniu odbyła się inauguracja IX Zjazdu PTPAiIO, w sali konferencyjnej malowniczo położonego hotelu Gołębiowski w Mikołajkach. Podczas inauguracji wystąpili zaproszeni goście, którym uroczysto wręczono członkostwo honorowe za szczególne zasługi na rzecz rozwoju pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w Polsce, tj.: Danucie Dyk, Angelice Marciszewskiej oraz Zdzisławowi Bujasowi z Łodzi.

Program naukowy Zjazdu objął szeroką tematykę zagadnień związanych z nauką, praktyką oraz etyką w pielęgniarstwie anestezjologicznym i intensywnej opieki. Wśród prelegentów i prowadzących sesje znalazło się wiele osób z regionu łódzkiego. Dużym zainteresowaniem cieszyła się pierwsza sesja: „Prawo w OAiIT – przeszkody bądź możliwości.” Poruszona została kwestia poziomu wiedzy pielęgniarek anestezjologicznych na temat samodzielności zawodowej oraz znajomości podstawowych aktów prawnych regulujących wykonywanie zawodu, nasilenia zjawiska przekraczania kompetencji wśród pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, błędów wykonawczych/zdarzeń niepożądanych. Niestety, w codziennej praktyce zawodowej personel pielęgniarski niejednokrotnie przekracza swoje kompetencje zawodowe, co często wynika z niezrozumienia zakresu obowiązków, zwyczajów panujących na danym oddziale oraz wielu innych przyczyn.

Należy pamiętać, że za przekroczenie swoich uprawnień grozi odpowiedzialność zawodowa, cywilna oraz karna. Ponadto należy się liczyć z moralnymi konsekwencjami takiego postępowania wobec chorego, nad którym sprawowana jest opieka pielęgniarska.

W sesji drugiej poruszona została tematyka ratownictwa wodnego. Prelegenci omawiali współpracę jednostek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) z jednostkami współpracującymi z systemem PRM na przykładzie prowadzonej akcji powodziowej w latach 2009–2010 w województwie podkarpackim, specyfikę prowadzenia akcji ratowniczej na wodzie (Jezioro Solińskie), wypadki utonięć na terenie podkarpackim i warmińsko-mazurskim w latach 2010–2014. Według statystyk w roku 2013 na terenie Polski utonęło 709 osób, w 2014 roku liczba ta wyniosła 646, natomiast w 2015 roku – jeszcze przed rozpoczęciem wakacji i sezonu urlopowego (od maja do końca czerwca) – utonęły 74 osoby. Mimo akcji profilaktycznych, prowadzonych m.in. przez Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (WOPR) i Policję oraz informacji w mediach przestrzegających o konsekwencjach niewłaściwego zachowania nad wodą, liczba osób, które tracą życie w wodzie jest zatrważająca. Pomimo dużej dostępności krytych pływalni, znaczna część Polaków nie potrafi pływać, a najskuteczniejszą formą zapobiegania wypadkom utonięć jest właśnie powszechna umiejętność pływania. Z zebranych danych wynika, że co roku przyczynami utonięć są: nadmierna brawura osób kąpiących się (zwłaszcza po spożyciu alkoholu), brak rozpoznania zbiornika wodnego, brak dostatecznych

umiejętności pływackich, wypadnięcie z łódki lub jachtu oraz niekorzystanie ze środków ratunkowych i asekuracyjnych (np. kamizelek), ponadto kąpiel w miejscach niestrzeżonych, a także brak nadzoru osób dorosłych nad dziećmi. Biorąc pod uwagę rozwój turystyki i sportów wodnych oraz dostępność wypoczynku nad wodą, potrzebna jest dobrze wyszkolona służba ratownicza. W gminach natomiast powinny znaleźć się środki finansowe na organizację bezpiecznych, strzeżonych miejsc do kąpeli. W sesji tej przedstawiono metodę kształcenia za pomocą pacjenta symulowanego, która została wprowadzona już w 1979 roku w Szkocji w szkoleniach z zakresu ratownictwa specjalistycznego.

Drugiego dnia odbyła się również sesja trzecia, której moderatorami były Bogumiła Snopek i Teresa Sycz. Podczas sesji przedstawione zostały zagadnienia na temat opieki nad pacjentem wentylowanym mechanicznie oraz problematyka wentylacji domowej. W tej sesji wystąpiła przedstawicielka okręgu łódzkiego PTPAiIO mgr Marika Ogrodnik z OKAiIT Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi. Przedstawiła prezentację na temat pielęgnowania pacjenta z niewydolnością oddechową w przebiegu zaostrzenia POChP leczonego za pomocą nieinwazyjnej wentylacji na podstawie studium przypadku. Sesja zgromadziła dużą liczbę słuchaczy. Problematyka wentylacji domowej cieszy się ogromnym zainteresowaniem, ponieważ jest to w pewnym sensie nowy rozdział w dziedzinie medycyny i stanowi nowe wyzwanie dla pielęgniarek anestezjologicznych, które podejmuje się opieki nad chorymi wentylowanymi w warunkach domowych.

W sesji czwartej plenerowej odbyły się pokazy ratownictwa wodnego na przystani hotelowej nad brzegiem jeziora Tały.

Sesja piąta poświęcona była dziecku w obliczu OAiIT, jej moderatorami byli Elżbieta Janiszewska i Paweł Witt. W sesji wystąpili m.in. przedstawiciele OIPiP z Łodzi oraz z Instytutu CZMP. Prelegentka mgr Katarzyna Babska przedstawiła specyfikę pracy pielęgniarki podczas prowadzenia dializy otrzewnowej u dziecka przebywającego w OIOM wymagającego terapii nerkozastępczej. Zwróciła uwagę na zakres opieki, jaką zespół dializacyjny podejmuje w kooperacji z zespołem anestezjologicznym. Jest to przykład całościowej opieki, opartej na dobrej współpracy różnych specjalności jako przyszłości pielęgniarstwa specjalistycznego, w którym autonomiczne pielęgniarstwo nefrologiczne włącza się w opiekę sprawowaną w OIT.

„Ból ostry u dzieci – czy wszystko o nim wiemy?” jako poważny problem medyczny poruszyła mgr Jolanta Łoś (Instytut CZMP w Łodzi). Na podstawie dostępnej literatury przybliżyła uczestnikom zjazdu tematykę doświadczania bólu u dziecka w każdej grupie wiekowej, rolę pielęgniarki w identyfikacji pacjenta cierpiącego, a także sposoby niwelowania bólu. Pomimo tego, że już w 1995 roku Amerykańskie Towarzystwo Leczenia Bólu uznało ból za piąty parametr życiowy i pomimo doniesień, iż ból może być już odczuwany w okresie życia prenatalnego, podejście do cierpienia jest w dalszym ciągu niewystarczające. Brak stosowania na szeroką skalę „wielotorowej” terapii, niedostosowanie działań przeciwbólowych

do poziomu natężenia bólu (m.in. cztery kategorie zabiegów operacyjnych), brak prowadzenia systematycznej oceny dolegliwości bólowych za pomocą dostępnych standaryzowanych narzędzi, brak dokumentacji dotyczącej pomiarów natężenia bólu i zastosowania postępowania zgodnie z rekomendacjami usmierzania bólu powodują, iż w dalszym ciągu pacjenci, którzy znajdują się pod opieką personelu medycznego niepotrzebnie cierpią.

Kolejna prelegentka mgr Wioletta Cedrowska-Adamus (Instytut CZMP w Łodzi) zwróciła uwagę na długofalowe znaczenie opieki pielęgniarskiej mającej na celu optymalizację rozwoju zarówno fizycznego, jak i emocjonalnego noworodków urodzonych przedwcześnie, leczonych na oddziale intensywnej opieki neonatologicznej (OITN). W swojej wypowiedzi szczególnie nacisk położyła na wsparcie i edukację rodzin dzieci z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia zaburzeń rozwojowych.

Ponadto omawiano rolę i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z nieprawidłowymi wartościami amoniaku w surowicy krwi, zespół stresu pourazowego (PTSD) u rodziców dzieci hospitalizowanych na oddziale intensywnej terapii noworodka oraz zapewnienie im wsparcia i pomocy psychologicznej, zastosowanie uporczywej terapii, jak również metody hipotermii kontrolowanej, tj. selektywnego chłodzenia mózgu u noworodków w zamartwicy okołoporodowej.

Sesja szósta poruszała zasady dobrej praktyki – strategii pielęgnowania pacjenta dorosłego z założonym krótkoterminowym centralnym cewnikiem naczyniowym – w postaci zaleceń PTPAiIO. Zalecenia i wytyczne opracowane przez PTPAiIO powinny być znane każdej pielęgniarsce pracującej na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, jak również wszędzie tam, gdzie przebywają pacjenci z dostępem naczyniowym. Przedstawiono również procedurę dezynfekcji skóry i pielęgnacji pacjenta na oddziałach intensywnej terapii dorosłych i dzieci jako profilaktykę zakażeń szpitalnych na podstawie przeglądu światowej literatury. Ponadto omówiono nowoczesne rozwiązania w zakresie higieny pacjenta – projekt „Dbamy o higienę” oraz nowoczesną pielęgnację pacjenta na oddziale intensywnej terapii.

Tematem sesji siódmej było „Za i przeciw intensywnej terapii”. W sesji tej poruszano problematykę stosowania „uporczywej (daremnej) terapii” w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłużają jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Podjęto próbę odpowiedzi na wiele nurtujących pytań: „Co w sytuacji, gdy nasze działania nie przynoszą pożądanych rezultatów?” „Jak długo kontynuować terapię?” „Kiedy można – a nawet trzeba – powiedzieć stop, kiedy poddajemy się, już nie pomagamy, a tylko przedłużamy cierpienie?” „Kto powinien taką decyzję podjąć?” „Jaka jest, a jaka powinna być rola pielęgniarki w procesie podejmowania decyzji o zaprzestaniu daremnego leczenia?” „Czym jest profesjonalne towarzyszenie choremu w procesie umierania?” „Jak rozmawiać z bliskimi pacjentów?” „Czy jesteśmy do tego przygotowani?” „Czy zgodnie z obiegową opinią personel

oddziałów intensywnej terapii jest przyzwyczajony do większej liczby zgonów?” „Czy na pewno można przyzwyczać się do widoku umierających pacjentów?”. Postępująca technicyzacja działań terapeutycznych, pośpiech, braki personalne i zmęczenie grożą zagubieniem tego, co w opiece nad pacjentem najważniejsze: człowieczeństwa, pochylenia się nad cierpieniem, niekiedy tylko towarzyszenia pacjentowi. Poważny problem stanowi komunikacja personelu, etyczne i religijne wątpliwości dotyczące stosowania uporczywej terapii oraz brak wsparcia psychologicznego i duchowego – zarówno dla rodziny, jak i personelu medycznego.

Sesja siódma stanowiła bardzo ciekawą sesję plakatową. Dokonano w niej m.in. oceny przekonań na temat kontroli bólu wśród pacjentów Poradni Leczenia Bólu Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie, oceny wiedzy na temat pierwszej pomocy wśród motocyklistów jako aktualności terminu „dawca organów”, zastosowania terapii ECMO u pacjenta z zespołem ARDS, symulacji jako narzędzia w edukacji medycznej. Ważnymi poruszonymi tematami były zaburzenia snu u pacjentów leczonych na oddziale intensywnej terapii, które utrudniają działanie mechanizmów obronnych, prowadząc do zmniejszenia odporności organizmu oraz pogorszenia funkcji poznawczych i emocjonalnych. Zwrócono uwagę na postępowanie z bólem u osób niekomunikatywnych, na odleżynę jako zdarzenie niepożądane i jej profilaktykę z zastosowaniem sprzętu Flexi-Seal oraz wsparcie społeczne jako istotny modyfikator jakości życia pacjentów chorych na nowotwory w bezpośrednim okresie przedoperacyjnym.

Tematem sesji dziewiątej były wyzwania intensywnej terapii dotyczące sepsy, ciężkiej sepsy i wstrząsu septycznego jako głównej przyczyny zgonów w OIT, problemów pielęgnacyjno-rehabilitacyjnych w zespole POEMS – bardzo rzadkiej odmianie szpiczaka plazmocytozy, pacjenta bariatrycznego, opieki nad pacjentem po transplantacji płuc oraz ECMO jako części nowoczesnej intensywnej terapii pacjentów z niewydolnością oddechową. Prelegentka mgr Ewelina Kuligowska z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi przedstawiła problem jakim jest bakteryjna kolonizacja drzewa oskrzelowego u pacjentów w OIT na podstawie badania przeprowadzonego w oparciu o analizę dokumentacji medycznej 51 pacjentów leczonych na Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK Nr 1 na przełomie września 2013 r. i lutego 2014 r. Istotne dane stanowiły wyniki uzyskane z wymazów pobieranych przy przyjęciu chorego do oddziału (przedśionek nosa, jama ustna) oraz wyniki badania popłuczyn oskrzelowo-pęcherzykowych (BAL). Najczęstszymi szczepami drobnoustrojów wyizolowanych w badaniu BAL były: MRSA (ang. *methicillin-resistant Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* oraz *Acinetobacter Baumannii*). Bardzo ważnym aspektem jest prowadzenie kompleksowej toalety jamy ustnej oraz działania profilaktyczne redukujące ryzyko wystąpienia VAP (ang. *ventilator-associated pneumonia*), tj. zapalenia płuc związanego z wentylacją mechaniczną.

Tematem przewodnim ostatniej dziesiątej sesji były wyzwania w anestezjologii – studium przypadków. Uwagę skupiono

na problemie trudnych dróg oddechowych w warunkach szpitalnych i pozaszpitalnych u dorosłych oraz pointubacyjnego uszkodzenia tchawicy. Przedstawiono również specyfikę znieczulenia ogólnego w chirurgii tarczycy z zastosowaniem neuromonitoringu, indukcję nadciśnienia śródbrzusznego u pacjentek operowanych laparoskopowo, dokonano przeglądu narzędzi badawczych stosowanych do oceny poziomu satysfakcji ze znieczulenia oraz przedstawiono wyniki badań związanych z kontaminacją standardowych opakowań rękawic diagnostycznych.

Z ogromną przyjemnością gościliśmy przedstawiciela lekarzy anestezjologów prof. Waldemara Machałę z WAM–CKD w Łodzi, który został poproszony o przewodniczenie Radzie Naukowej Zjazdu, wraz z Dorotą Ozgą poprowadził również ww. Sesję. Przedstawił prelekcję na temat ciągle aktualnej tematyki płynoterapii okołoperacyjnej. Wykład zgromadził liczną grupę słuchaczy podczas którego profesor podkreślił ogromną wartość pracy pielęgniarki anestezjologicznej w kontekście bliskości i zaufania jakim obdarowywana jest ta grupa zawodowa przez pacjentów.

W IX Zjeździe PTPAIO wzięło udział 843 uczestników z 14 regionów Polski. Region łódzki reprezentowany był przez 61 pielęgniarki/pielęgniarzy anestezjologicznych z wiodących ośrodków medycznych. Podczas trwania konferencji odbywały się wystawy sprzętu medycznego, farmaceutyków, a także ciekawe warsztaty tematyczne prowadzone przez firmy medyczne związane z opieką nad pacjentem, nowoczesnymi rozwiązaniami na bloku operacyjnym jako poprawą bezpieczeństwa pacjenta i personelu oraz polskimi wyrobami w codziennej praktyce pielęgniarstwa (zakładanie elektrody do czasowej stymulacji serca, kaniulacja dużych naczyń, znieczulenie regionalne).

Wszystkie nowinki, ciekawe rozwiązania, sprzęt wysokiej klasy wywołały duże wrażenie na uczestnikach. Zorganizowany Zjazd przyczynił się w dużej mierze do możliwości wymiany doświadczeń, poszerzenia wiedzy oraz podziwiania mazurskich krajobrazów. Wszyscy obecni otrzymali ciekawe materiały szkoleniowe i drugie wydanie kwartalnika – oficjalne pismo naukowe PTPAIO „Pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece”. Inicjatywę czasopisma wsparło swoją afiliacją pięć Towarzystw: Polskie Towarzystwo Żywności Klinicznej, Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarek i Położnych Neonatologicznych. Zachęcamy do czynnego uczestnictwa w kolejnych konferencjach oraz publikowania artykułów i prac naukowych wszystkich członków PTPAIO oraz Koleżanki i Kolegów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Serdeczne podziękowania składamy organizatorom tegorocznego Zjazdu oraz Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi za umożliwienie uczestniczenia w niej.

Elżbieta Janiszewska, Katarzyna Babska
Wioletta Cedrowska-Adamus



42 Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów z Sekcją Pielęgniarstwa Neurochirurgicznego

W dniach 23–26 września 2015 r. w Lublinie odbył się Kongres Polskiego Towarzystwa Neurochirurgicznego i Niemieckiego Towarzystwa Neurochirurgicznego pod przewodnictwem pana prof. dr n. med. Tomasza Trojanowskiego. Program naukowy został wspólnie opracowany przez Polskie i Niemieckie Towarzystwo Neurochirurgiczne. Tematyka zjazdu obejmowała zagadnienia z zakresu neuroonkologii, neurochirurgii, kręgosłupa, neurochirurgii naczyń mózgowych. Miejscem wszystkich spotkań był Uniwersytet Medyczny w Lublinie Collegium Maius. W ramach kongresu odbyły się dwie sesje naukowe Sekcji Pielęgniarstwa Neurochirurgicznego.

Do Lublina przyjechały pielęgniarki z wiodących ośrodków neurochirurgicznych w Polsce m.in. z Bydgoszczy, Torunia, Poznania, Warszawy, Lublina a także z Łodzi. Było to ważne wydarzenie w świecie neurochirurgii, które odbywa się cyklicznie co dwa lata. Sesje pielęgniarstwa były podzielone na dwie części, którym przewodniczyli: dr n. med. Regina Lorencowicz, doc. hab. n. med. Robert Ślusarz, dr n. med. Danuta Graczyk oraz przewodnicząca Sekcji Pielęgniarek Neurochirurgicznych pani mgr Renata Waliszewska.

Tematyka prezentacji pielęgniarstwa była zbliżona do tematów kongresu, koleżanki zaprezentowały bardzo wysoki poziom w zakresie opieki pielęgniarstwa pacjentów leczonych na oddziałach neurochirurgicznych, przedstawiły nowości w tym zakresie, co wzbudziło ogromne emocje i niekiedy burzliwą dyskusję, była również możliwość wymiany doświadczeń z koleżankami z innych ośrodków neurochirurgicznych w Polsce. Koleżanki z regionu łódzkiego zaprezentowały pięć tematów.

W pierwszej sesji miały wystąpienie pielęgniarki ze szpitala im. WAM-CSW – I. Żurecka-Sobczak, E. Napieraj, J. Żegnałek z tematami: „Ocena stanu klinicznego i wczesnego uruchamiania chorych po stabilizacji kręgosłupa lędźwiowego metodą klasyczną w porównaniu do metody małoinwazyjnej”. Celem tej pracy była ocena m.in. bólu u chorych po stabilizacji kręgosłupa lędźwiowego metodą klasyczną i małoinwazyjną, utraty krwi oraz stopnia ekspozycji na promieniowanie jonizujące w ww. rodzajach stabilizacji przeznasadowej, a także poddano ocenie stopień uruchomienia pacjentów we wczesnym okresie pooperacyjnym.

Drugi temat z tego samego ośrodka to „Nowoczesne metody walki z bólem w okresie okołoperacyjnym po zabiegach neurochirurgicznych – przezcewnikowa analgezja miejsca operowanego”. Tutaj z kolei przedstawiono nowoczesne metody walki z bólem pooperacyjnym, omówiono nowoczesny system podawania leku miejscowo znieczulającego miejsce operowane poprzez implantowanie śródoperacyjnie cewnika, który

jest podłączony do FOLFUSORA wypełnionego lekiem do tego dedykowanym.

Kolejne dwa tematy zaprezentowały koleżanki ze szpitala ICZMP – D. Jackowska, M. Machnicka „Opieka pielęgniarstwa w okresie okołoperacyjnym po urazie kręgosłupa – opis przypadku”. Temat bardzo interesujący z uwagi na przedstawioną samą sylwetkę chorego chłopca, którym był 17-letni pacjent oddziału neurochirurgii, który doznał urazu kręgosłupa w odcinku lędźwiowym podczas skoków na trampolinie, samej opieki pielęgniarstwa na różnych etapach leczenia i „Problemy pielęgnacyjne u dzieci po zabiegu operacyjnym guza tylnej jamy czaszki” przedstawiony temat przez koleżankę A. Krawantek dotyczył również problemów pielęgnacyjnych małych pacjentów operowanych z powodu guza tylnej jamy czaszki. Praca ta ukazuje, iż istnieje ścisła zależność postępowania pielęgniarstwa od rodzaju powikłań pooperacyjnych będących konsekwencją zabiegu neurochirurgicznego i uszkodzeń struktur mózgu w trakcie usuwania guza.

Piątym tematem, jaki został przedstawiony przez koleżanki z Łodzi to praca zbiorowa, która powstała przy współpracy pielęgniarek z oddziałów neurochirurgicznych z takich ośrodków, jak WSS im. M. Kopernika, WSS w Zgierzu, USK nr 1 im. N. Barlickiego oraz szpital ICZMP pt. „Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek pracujących w oddziałach neurochirurgii regionu łódzkiego”. Temat, który wzbudził wiele kontrowersji z uwagi na problemy, jakie zostały poruszone w pracy a dokładniej ukazanie, jakie czynniki determinują pracę łódzkich pielęgniarek na oddziałach neurochirurgii. Zbadano za pomocą ankiety, jakie jest zadowolenie, satysfakcja i jakie czynniki zewnętrzne są źródłem frustracji i niezadowolenia z wykonywanej pracy.

Wszystkie prezentacje były ciekawe, wniosły wiele ważnych informacji dotyczących opieki okołoperacyjnej pacjentów po zabiegach neurochirurgicznych a szczególnie u dzieci, ukazały nowe możliwości w walce z bólem pooperacyjnym. Mogłyśmy również zapoznać się po analizie ankiety, jakie nastroje i zadowolenie jest z pracy łódzkich pielęgniarek pracujących na oddziałach neurochirurgii. Zainteresowanie wystąpieniami naszych łódzkich koleżanek było duże a nawet zaowocowało w propozycję opublikowania jednej z prac w czasopiśmie „The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing” – pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne. Kolejny kongres na mocy decyzji Zarządu Towarzystwa Neurochirurgicznego odbędzie się za dwa lata w Łodzi.

Uczestniczki 42 Zjazdu Sekcji Pielęgniarskiej z Regionu Łódzkiego



V Ogólnopolski Kongres Położnych

Ogólnopolski Kongres Położnych odbył się w w hotelu Arkadia Royal w Warszawie. Z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w Kongresie uczestniczyły położne: Zdzisława Mackiewicz oraz Krystyna Kolańska.

Dzień pierwszy

Wykład inauguracyjny wygłosiła dr hab. Grażyna Iwanowicz-Palus i dotyczył on lotów samolotem kobiet ciężarnych. Za najbezpieczniejsze uznano podróż przed 37 tygodniem w przypadku ciąży pojedynczej i przed 32 tygodniem ciąży w przypadku ciąży wielopłodowej. Większość linii lotniczych nie zgadza się na podróż ciężarnych po 37 tygodniu ciąży, podobnie jak towarzystwa ubezpieczeniowe. Za optymalny okres na podróżowanie w ciąży uważa się 2 trymestr, w który ryzyko powikłań jest najmniejsze.

Podjmując decyzję o locie, należałoby odpowiedzieć sobie na pytanie:

- czy ten lot jest konieczny,
- czy nie zwiększy ryzyka powikłań medycznych,
- czy w danym kraju zapewniona jest odpowiednia opieka medyczna,
- czy mamy szczepienia wymagane w tym kraju, szczególnie w krajach tropikalnych zagrożonych malarią,
- czy mamy odpowiednie ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji.

W każdym przypadku bezpieczeństwo zdrowotne kobiety w ciąży wymaga indywidualnej oceny w analizie ryzyka zdrowotnego. Bardzo istotne znaczenia ma rejon geograficzny i trasa planowanej podróży. Wymagania europejskich przewoźników dotyczące podróżowania kobiet w ciąży mogą się różnić, dlatego warto sprawdzić wymagania linii lotniczych aby uniknąć przykrych rozczarowań. Każda osoba podróżująca samolotem jest narażona na nieznaczne promieniowanie jonizujące, lecz przy sporadycznej podróży nie stanowi zagrożenia dla matki i dziecka. Ciężarna może odczuwać dyskomfort w postaci np. obrzęku kończyn dolnych, zatykania uszu, nudności, czy kataru. Zwiększa się także ryzyko zakrzepicy żył głębokich, podczas długich lotów, szczególnie przy otyłości, czy przebyciem ZŻG.

Ciężarna zatem winna założyć luźne ubranie, przechadzać się po pokładzie samolotu i wykonywać ćwiczenia izometryczne co 30 minut. Ewentualnie założyć pończochy o stopniowanym ucisku. Powinna pić regularnie wodę, przeciwwskazane są napoje z kofeiną i alkoholem.

Przeciwwskazaniem do podróży lotniczych mogą być: ryzyko poronienia lub wcześniejszego porodu, nasilona niedokrwistość choroba układu sercowo-naczyniowego powodująca problemy z oddychaniem. Należy pamiętać, że każda podróż zagraniczną ciężarnych może się wiązać z ryzykiem zdrowotnym, a dostępność i jakość opieki położniczej, szczególnie w krajach rozwijających się, często nie zapewnia bezpieczeństwa podróżującym ciężarnym.

Kobieta będąca członkiem personelu latającego w momencie stwierdzenia ciąży uznawana jest za niezdolną do odbywania lotów. Po upływie 3 miesięcy od porodu podlega badaniu okolicznościowemu w Wojskowej Komisji Lotniczo-Lekarskiej, mającej na celu ustalenie zdolności powrotu do latania.

Drugi wykład poprowadziła dr n. med. Grażyna Bączek, przedstawiając przykłady dobrych praktyk położnych w Europie ale również i w Polsce. Pod pojęciem „dobra praktyka” należy rozumieć m.in. takie elementy, jak: samodzielność zawodowa, profesjonalizm, odpowiedzialność, uznani kompetencji własnych i pozostałych członków zespołu terapeutycznego, aktywność w poszukiwaniu pacjentek, ustawiczne kształcenie, dzielenie się doświadczeniem własnym – korzystanie z doświadczeń innych. Przedstawiła kompetencje położnych, które przedstawiam w dużym skrócie:

Dania: Położna współpracuje z lekarzem ogólnym i ginekologiem, prowadzi ciążę fizjologiczną i opiekę poporodową. Porody odbywają się w domu, domu porodowym lub szpitalu.

Austria: Położna zajmuje się planowaniem rodziny, rozpoznawaniem ciąży, wykrywaniem nieprawidłowości, które konsultuje z lekarzem oraz opieką poporodową. Położna musi być obezna przy porodzie.



Pierwsza pomoc



Ostre zatrucia gazami i dymami (zatrucie tlenkiem węgla)

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

Przypadkowe lub zamierzone zatrucie gazami i dymami prowadzić może do stanu bezpośredniego zagrożenia życia. Inhalacja toksyn wziewnie jest najprostszą i niestety bardzo skuteczną drogą absorpcji trucizny. Zatrucia gazami i ich mieszaninami występują głównie w zakładach przemysłowych. W czasie wypadków chemicznych z uwolnieniem gazów, par bądź aerozoli liczba ofiar może być szczególnie duża. Coraz częściej przyczyną zatruć, przeważnie zamierzonych, jest inhalacja spalin samochodowych. Toksyną wziewną, która powoduje największe narażenia zatruciem, od łagodnego do śmiertelnego, jest tlenek węgla (czad). Zatrucia pozostałymi gazami, dymami i lotnymi cieczami należą do rzadkości. Niektóre z trucizn inhalacyjnych działają przez wywoływanie reakcji alergicznych np. formaldehyd, nawet po niewielkiej ekspozycji, generuje stan astmatyczny bądź wstrząs anafilaktyczny. Niskie stężenie gazu w powietrzu i krótka ekspozycja – wywołuje tylko działanie drażniące. Natomiast duże stężenie i długie narażenie prowadzą do uszkodzenia tkanek płucnych, gdyż niektóre gazy bądź pary absorbowane są przez płuca. Objawy niedotlenienia

(hipoksji tkankowej), występujące przy 30 proc. zawartości gazu w atmosferze, są przyczyną wczesnych zgonów.

ZATRUCIE TLENKIEM WĘGLA

Zatrucie tlenkiem węgla (CO) w skali światowej wciąż pozostaje jedną z głównych przyczyn zgonów z powodu zatruć. Z ostatnich badań wynika, że wskaźnik śmiertelności spowodowany zatruciami CO szacuje się na około 2,6–5 proc. Liczba ciężkich, często występujących z dużym opóźnieniem powikłań neuropsychiatrycznych dotyczy wg różnych autorów 10–43 proc. przypadków ekspozycji. Tlenek węgla jest gazem bezbarwnym, bezwonny, łatwo mieszanym się z powietrzem w mieszaniny wybuchowe, niedrażniącym dla układu oddechowego. Powstaje na skutek niecałkowitego spalania węgla, drewna i substancji organicznych w atmosferze ubogiej w tlen. Wchodzi także w skład gazów spalinowych, przemysłowych (w oksowniach, gazowniach) oraz gazu świetlnego i piecowego (w piecach hutniczych, domowych piecach węglowych).

Do zatrucia dochodzi podczas pożaru, przebywania w pomieszczeniach zamkniętych, zadymionych, niewietrzonych, źle wentylowanych, z powodu nieuszczelnności przewodów wentylacyjnych lub niesprawnej domowej instalacji i urządzeń gazowych (np. z piecyków łazienkowych i nieuszczelnnych pieców lub kominów domowych), a także podczas ekspozycji na spaliny pojazdów mechanicznych w zamkniętych pomieszczeniach (np. podczas przebywania w garażu przy silniku pracującym na jałowym biegu). Są to przeważnie zatrucia przypadkowe lub zamierzone, przede wszystkim samobójcze. Bardzo często w czasie pożaru, podczas inhalacji dymu, dochodzi do równoczesnego zatrucia innymi związkami chemicznymi (np. cyjankami) powstałymi na skutek spalania materiałów łatwopalnych, tworzyw sztucznych i innych. Tlenek węgla jest wchłaniany do organizmu i wydalany z niego tylko przez drogi oddechowe.

Po dostaniu się do płuc przechodzi do krwi, gdzie łączy się z zawartą w erytrocytach hemoglobina (Hb), tworząc karboksyhemoglobina (HbCO). Silnie wiąże się z metaloproteinami zawierającymi żelazo (oksydaza cytochromowa, mioglobina, hemoglobina), powodując niedotlenienie tkanek i narządów, w skrajnych przypadkach prowadzi do rhabdmiolizy (rozpadu mięśni) i ostrej niewydolności nerek. Tlenek węgla łączy się z hemoglobina przeszło 250 razy silniej niż tlen, uniemożliwiając jej tym samym transport tlenu w organizmie oraz powodując głęboką hipoksję tkankową. Zaburza również oddychanie wewnątrzkomórkowe (przez blokowanie oksydazy cytochromowej), co przyczynia się do rozwoju kwasicy mleczanowej. Ciężka praca (wzmożony wysiłek oddechowy) powoduje szybszy wzrost stężenia karboksyhemoglobiny. Uważa się, że stężenie do 5 proc. karboksyhemoglobiny we krwi jest dopuszczalnym stężeniem biologicznym, objawy kliniczne zatrucia występują, gdy stężenie karboksyhemoglobiny wynosi ponad 20 proc., zaś poziom 60–70 proc. jest stężeniem krytycznym, gdzie zgon następuje w ciągu kilku – kilkunastu minut.

Ze względu na właściwości fizykochemiczne oraz sposób działania na organizm ludzki tlenek węgla zwany jest „cichym zabójcą”. Ciężkość zatrucia CO zależy od czasu trwania ekspozycji, stężenia gazu we wdychanym powietrzu, rodzaju wykonywanej pracy, aktywności ruchowej, tzw. współczynnika wentylacji płuc, ciśnienia atmosferycznego, objętości

krwi, zdolności do dyfuzji w płucach, wieku oraz cech indywidualnych każdego organizmu. Najbardziej wrażliwe na zatrucie są:

- płody i noworodki (obok normalnej hemoglobiny występuje u nich hemoglobina płodowa, która wiąże dwukrotnie więcej CO niż zwykła hemoglobina)
- dzieci i osoby w wieku podeszłym
- kobiety ciężarne
- osoby z wadami serca oraz chorobami oskrzelowo-płucnymi
- osoby z wadami serca oraz niewydolnością oddechową
- dorośli pracujący z dużym wysiłkiem nieświadomi narażenia
- osoby palące papierosy (u palaczy stwierdza się do 10 proc. HbCO we krwi)
- zdrowi dorośli.

Duże wysokości, wilgotne powietrze, wysiłek fizyczny oraz wysoka temperatura zwiększają ryzyko ciężkiego zatrucia przez wymuszanie większej częstotliwości oddechu.

Zawodowo zagrożeni zaczadzeniem są strażacy, górnicy, hutnicy. Przy czym wbrew pozorom podczas pożarów większość zatruc powoduje nie czad, ale uwalniające się z płonących tworzyw sztucznych cyjanki.

Objawy zatrucia CO:

- lekkie zatrucie (stężenie HbCO niższe niż 25 proc.) – osłabienie, niepokój, bóle i zawroty głowy, zaburzenia widzenia (zmniejszenie ostrości widzenia), nudności, wymioty, senność, pobudzenie psychoruchowe.
- ciężkie zatrucie (stężenie HbCO wyższe niż 25 proc.) – postępujące zaburzenia świadomości do śpiączki włącznie, drgawki, zaburzenia rytmu serca, hipotensja lub hipertensja, obrzęk płuc, niewydolność oddechowa, obrzęk mózgu.

U chorych z niedokrwistością i z chorobą wieńcową przebieg kliniczny jest znacznie cięższy niż u osób zdrowych. Nawet bez ekspozycji na CO stężenie HbCO we krwi może wynosić 55 u osób zdrowych i 8 proc. u palaczy.

Objawy neurologiczne:

- splątanie,
- dezorientacja,
- zaburzenia widzenia,
- omdlenia.

Początek przewlekłego zatrucia jest zwykle podstępny i łatwo pomylić go z grypą, depresją czy zatruciem pokarmowym. U osób z chorobą niedokrwienną serca mogą wystąpić objawy dławicy piersiowej, zaburzenia rytmu serca i zawał. Często opisywane w większości podrażników wiśniowe zabarwienie powłok skórnych i śluzówek skóry, występuje bardzo rzadko i jest objawem znacznego wysycenia tkanek karboksyhemoglobina (najczęściej podczas długotrwałej ekspozycji na CO lub przy jego wysokim stężeniu w mieszaninie oddechowej). Późne objawy zatrucia tlenkiem węgla mogą pojawiać się w okresie 1–21 dni od ekspozycji na CO i najczęściej oznaki te mają postać zaburzeń neurologicznych:

- apraksji (zaburzenia w wykonywaniu celowych precyzyjnych czynności),
- parkinsonizmu,
- afazji,
- nietrzymania moczu i stolca,
- omamów,
- zaburzeń orientacji.

Według zaleceń ECHM (ang. *European Committee for Hyperbaric Medicine*, Europejska Komisja Medycyny Hiperbarycznej) i UHMS (ang. *Undersea and Hyperbaric Medical Society*, Towarzystwo Medycyny Podwodnej i Hiperbarycznej) pacjenta zatrutego tlenkiem węgla – u którego doszło do utraty przytomności, omdlenia lub zaburzeń neurologicznych – należy bezwzględnie umieścić w komorze hiperbarycznej. Terapię hiperbaryczną (ang. *hyperbaric oxygen therapy* – HBO) należy rozpocząć jak najszybciej po rozpoznaniu zatrucia CO. Leczenie należy rozważyć również w przypadku, gdy stosowanie tlenoterapii biernej powyżej 4 godzin nie skutkuje u chorego poprawą stanu klinicznego. Zabiegi są prowadzone przy ciśnieniu 2,5–3,0 ata, a czas ich trwania wynosi 90–110 minut. Wykonuje się 3 kolejne sprężenia w komorze w odstępach co najmniej 4 godzin od poprzedniej ekspozycji. Złota godzina dla zastosowania HBO w ciężkim zatruciu CO wynosi 6 godzin!

Kwalifikacja do leczenia hiperbarycznego (poziom karboksyhemoglobiny):

- stężenie HbCO > 20–25 proc.
- choroba wieńcowa > 15 proc.
- kobieta ciężarna > 10 proc.

Zastosowanie HBO w leczeniu pacjentów zatrutych tlenkiem węgla pozwala na:

- zmniejszenie nasilenia odległych zaburzeń neurologicznych
- zmniejszenie ryzyka wystąpienia zaburzeń rytmu serca i nagłego zatrzymania krążenia (NZK)
- skuteczne leczenie zatrutych ciężarnych
- ograniczenie nawrotu objawów zatrucia
- skrócenie czasu leczenia.

U kobiet ciężarnych – bez względu na okres ciąży – hiperbaryczna terapia tlenowa przy poziomie HbCO > 10 proc. powinna stanowić leczenie z wyboru. HBO uważana jest za zabieg bezpieczny zarówno dla matki, jak i płodu. Należy pamiętać, że stężenie karboksyhemoglobiny u płodu jest o 20–30 proc. wyższe niż u matki, a hemoglobina płodowa wykazuje większe powinowactwo do CO. Częstym błędem jest stosowanie w takim przypadku wyłącznie tlenoterapii biernej, która przyczynia się do redukcji HbCO jedynie u matki, podczas gdy krew płodu nadal jest wysyciona tlenkiem węgla, co może przyczynić się do powstania malformacji rozwojowych, trwałych zmian w OUN (ośrodkowym układzie nerwowym) lub nawet do śmierci płodu.

W Europie jest prawie 500 ośrodków terapii hiperbarycznej. W skali światowej potentatem są Chiny z ponad trzema tysiącami komór. Kompletny ośrodek hiperbarii tlenowej – jego zbudowanie, wyposażenie w komory i wyszkolenie personelu – kosztuje 5–6 milionów złotych. Według specjalistów, aby eksploatacja takiego ośrodka była opłacalna, powinien on przeprowadzać rocznie około 6 tys. zabiegów hiperbarii tlenowej. W Polsce leczenie chorych z zatruciem CO w komorach hiperbarycznych stosuje się od 1960 roku. Jest ono jeszcze słabo rozpowszechnione, zarówno ze względu na brak odpowiedniej wiedzy dotyczącej możliwości terapeutycznych HBO, jak i z uwagi na stosunkowo małą liczbę ośrodków dysponujących odpowiednim zapleczem sprzętowym.

PIERWSZA POMOC PRZEDMEDYCZNA

- Zachować ostrożność, zapewnić bezpieczeństwo własne oraz osoby poszkodowanej w czasie wykonywania czynności ratunkowych
- Do pomieszczenia silnie zadymionego nie wchodzić bez zabezpieczenia własnych dróg oddechowych, należy założyć maskę

Ośrodki hiperbaryczne w Polsce:

> Klinika Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego – Krajowy Ośrodek Medycyny Hiperbarycznej – Gdynia

> Klinika Medycyny Ratunkowej – Dolnośląski Ośrodek Terapii Hiperbarycznej – OTH Creator Sp. z o.o. – Wrocław

> Centrum Leczenia Oparzeń i Hiperbarii – Siemianowice Śląskie

> Mazowieckie Centrum Terapii Hiperbarycznej i Leczenia Ran (MCTH) – Centralny Szpital Kliniczny MSWiA – Warszawa

> Ośrodek Terapii Hiperbarycznej Creator Sp. z o.o. – Łódź, 90-553 Łódź, ul. Kopernika 55a tel. +48 42 230 1030, tel. alarmowy: +48 502 677 877

> Hiperbaria – Stalowa Wola

> Wielkopolskie Centrum Terapii Hiperbarycznej i Leczenia Ran – Poznań

> Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera – Kraków

> Wschodnie Centrum Leczenia Oparzeń – Łęczna (woj. lubelskie)

> Centrum Hiperbarii Tlenowej i Leczenia Ran – X Wojskowy Szpital Kliniczny – Bydgoszcz

> Komora Hiperbaryczna – Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Białystok

- Otworzyć szeroko okna i drzwi, wyłączyć urządzenia gazowe
- Zebrać wywiad od osoby przytomnej i współpracującej lub członka rodziny, przyjaciół, współpracowników
- W przypadku zatrucia drogą wziewną, ewakuować zatrutego przytomnego lub wynieść nieprzytomnego z miejsca skażenia atmosfery i zapewnić dostęp świeżego powietrza
- Rozluźnić poszkodowanemu ubranie np. rozpiąć pasek, guziki
- Zapewnić poszkodowanemu spokój, gdyż wtedy jest najmniejsze zapotrzebowanie na tlen
- Zapewnić wygodne ułożenie, najlepiej w pozycji leżącej lub półsiedzącej
- Zaopatrzyć inne ewentualne urazy
- Chronić poszkodowanego przed wyziębieniem
- Jeżeli poszkodowany nie reaguje i nie oddycha prawidłowo, należy natychmiast przywrócić i podtrzymać podstawowe czynności życiowe poprzez podjęcie RKO (resuscytacji krążeniowo-oddechowej)
- Ułożyć nieprzytomnego w pozycji bezpiecznej
- Wszystkie osoby z zaburzeniami świadomości, u których nie można wykluczyć zatrucia, powinni otrzymać 100 proc. tlen do oddychania w maksymalnie wysokim stężeniu (8–12 l/min) z wykorzystaniem maski twarzowej z rezerwuarem (zespoły straży pożarnej i ratownictwa medycznego)
- Wezwać Zespół Ratownictwa Medycznego (tel. 999 lub 112)
- Wszyscy poszkodowani z objawami zatrucia tlenkiem węgla wymagają leczenia szpitalnego oraz konsultacji z lekarzem Regionalnego Ośrodka Toksykologii Klinicznej!

PREWENCJA I ZASADY BEZPIECZEŃSTWA

Tlenek węgla w statystykach zatruć zajmuje 3 miejsce po zatruciach lekami i alkoholem. W Polsce, według MSW w sezonie grzewczym 2013/2014 strażacy odnotowali ponad 3,8 tys. zdarzeń związanych z CO, w których poszkodowanych zostało prawie 2,3 tys. osób. Jednak w ciągu ostatnich 4 lat liczba śmiertelnych ofiar zmalała niemal o połowę – ze 111 osób w sezonie grzewczym 2010/2011 do 61 osób w sezonie grzewczym 2013/2014. Z powodu zaccadzeń leczonych jest co roku około 5 tysięcy osób, z czego około 500 stanowią dzieci do 5 roku życia. Przeważająca większość wypadków śmiertelnych spowodowanych zatruciem CO zdarza się między 1 listopada a 31 marca, a więc w tzw. sezonie grzewczym, najtragiczniejszy jest jednak czas od grudnia do stycznia. Około 80 proc. zaccadzeń powodują źle funkcjonujące gazowe ogrzewacze wody, popularnie zwane „junkersami”, dlatego MSW, Państwowa Straż Pożarna oraz Korporacja Kominiarzy Polskich inauguruje coroczną akcję „Nie dla czadu”. Najważniejszym sposobem uniknięcia sytuacji stwarzającej zagrożenie zatruciem CO jest profilaktyka.

Ważne

- Zapewnij prawidłową wentylację pomieszczeń
- Stosuj mikrowentylację okien i drzwi
- Nigdy nie zasłaniaj kratki wentylacyjnych
- Nie używaj kuchenki gazowej do ogrzewania pomieszczeń
- Nie spalaj niczego w zamkniętych pomieszczeniach, jeśli nie są wentylowane
- Nie pozostawiaj dzieci przy czynnych, otwartych piecykach gazowych, kontroluj każdorazowo ich wejście do kuchni czy łazienki
- Nigdy nie zostawiaj samochodu z uruchomionym silnikiem w garażu (nawet otwartym)
- Z pomocą fachowców dokonuj okresowych przeglądów komina, urządzeń grzewczych i instalacji wentylacyjnej (zarządca budynku lub właściciel ma obowiązek m.in. przeglądu instalacji wentylacyjnej nie rzadziej niż raz w roku)
- Regularnie dbaj o konserwacje urządzeń zasilanych paliwem, jak grzejniki na gaz i olej, gazowe podgrzewacze do wody, kuchenki gazowe, podgrzewacze powietrza na gaz i naftę, kominki
- Zainstaluj czujniki tlenu węgla z atestem w tej części domu, w której sypia twoja rodzina!

Pamiętaj! Tlenek węgla jest bardzo niebezpieczny ze względu na silne i skryte działanie toksyczne!

Literatura:

1. Zawadzki A.: Medycyna ratunkowa i katastrof. PZWL, Warszawa 2014.
2. Goniewicz M.: Pierwsza pomoc. PZWL, Warszawa 2013.
3. Andres J.: Wytyczne Resuscytacji 2010, Polska Rada Resuscytacji. Wyd.1, Kraków 2011.
4. Campbell J. E.: Basic Trauma Life Support dla paramedyków i ratowników medycznych. Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.
5. Campbell J. E.: International Trauma Life Support. Ratownictwo przedszpitalne w urazach. Medycyna Praktyczna 2009.
6. Pach D., Targosz D., Pach J.: Tlenek węgla. In: Pach J (ed.). Zarys Toksykologii Klinicznej. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.
7. Burda P., Kołaciński Z., Łukasik-Głębocka M., Sein Anand J.: Postępowanie w ostrych zatruciach tlenkiem węgla – stanowisko Sekcji Toksykologii Klinicznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Przegląd Lekarski 2012.
8. Kawecki M., Knefel G., Szymańska B., Nowak M., Sieroń A.: Aktualne wskazania i możliwości zastosowania hiperbarycznej terapii tlenowej. Baln Pol 2006.
9. Mathieu D., Schmitz J., Cronje F. Indications for HBO. In: Mathieu D(ed). Handbook On Hyperbaric Medicine. Springer, New York, 2006.
10. www.ratownik-med.pl
11. www.rynekzdrowia.pl
12. www.msw.gov.pl

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

Holandia: Położna zajmuje się profilaktyką, prowadzeniem ciąży i porodu. Porody odbywają się w domu, domu narodzin lub klinice. Położnica przebywa w oddziale około 24 godzin i wraca pod opiekę położnej.

Szwecja: Położne prowadzą ośrodki opieki okołoporodowej, prowadzą ciążę fizjologiczną w czasie której przewidziane są 2 wizyty u ginekologa. Porody najczęściej odbywają się w szpitalu.

Belgia: Rolą położnej jest towarzyszenie, doradzanie i leczenie kobiet przed i w czasie ciąży, podczas porodu i połogu. Mają prawo przepisywania recept.

Francja: Zadaniem położnej jest diagnozowanie i monitorowanie ciąży, przyjmowanie porodu, opieka poporodowa, i profilaktyka ginekologiczna. Położna wykonuje USG, kardiokografię, amnioskopię po koniec ciąży, pobiera wymazy, wykonuje znieczulenia porodu, nacięcie i szycie kroczka, rehabilitację po porodzie, badanie krwi włośniczkowej noworodka, resuscytację noworodka. Przepisuje leki, takie jak: zobojętniające soki żołądkowe, środki antyseptyczne miejscowe, środki znieczulające, dopochwowe leki przeciwzapalne, antybakteryjne i przeciugrzybiczne, oraz antybiotyki doustne w infekcjach dróg moczowych.

Z Polski przedstawiany był NZOZ Zdrowa Rodzina w Opolu, prowadzony przez położne, które zajmują się:

- opieką nad ciężarną kobietą,
- prowadzą szkołę rodzenia, fitness mama,
- fizjoterapię dzieci,
- opiekę poporodową (patronaże),
- opiekę pooperacyjną po zabiegach ginekologicznych.

Dom Narodzin Centrum Medyczne „Żelazna” w Warszawie. Zajmują się opieką okołoporodową, kwalifikują do porodu w domu. Biorą czynny udział w kształceniu studentek.

Położne środowiskowo-rodzinne w Siedlcach zajmują się profilaktyką i edukacją. Organizują obozy naukowe dla położnych.

Myślimy, że istnieją również inne ośrodki, gabinety prowadzone przez położne, które mogłyby być przykładem dla Koleżanek. Mamy nadzieję, że na następny Kongres, ujawnią się i przedstawią innym położnym swoje osiągnięcia.

Wykład „Macierzyństwo w aspekcie zdrowia psychicznego” wygłosiła dr. hab. Ewa Humeniuk z UM w Lublinie. Przedstawiła mniej znane zagadnienia z zakresu macierzyństwa a psychiki, takie jak:

- ciąża rzekoma (urojona),
- psychiczne aspekty niepłodności,
- psychiczne aspekty poronień,
- pregoreksję czyli anoreksję ciężarnych,
- zaburzenia afektywne w ciąży/grupa zaburzeń, w których okresowo występują zaburzenia nastroju, emocji i aktywności,
- depresje, zaburzenia dwubiegunowe, zespół maniakałny,
- zaburzenia lękowe (tokofobia – lęk przed porodem),
- schizofrenia i inne.

Zaburzenia psychiczne w ciąży mogą stanowić epizod ściśle związany z ciążą czy porodem, mogą być pierwszym

epizodem rozpoczynającego się procesu chorobowego lub mogą być nawrotem lub kontynuacją przewlekłych zaburzeń psychicznych. Dlatego należy poznać je jak najlepiej i bacznie obserwować ciężarną. Jeśli jesteśmy przekonane, że zaburzenia są poważne i przekraczają nasze kompetencje należy zaproponować pacjentce konsultację z psychologiem lub psychiatrą. Gdy nasilanie, częstotliwość objawów nasuwa podejrzenie choroby psychicznej i wręcz zagraża utratą zdrowia, a nawet życia oraz mogą być odpowiedzialne za poronienia i porody przedwczesne.

W przypadku pacjentek w ciąży z zaburzeniami psychicznymi, standardem powinna być współpraca specjalistów (położna, ginekolog, psycholog, psychiatra).

Około 10–16 proc. kobiet w ciąży spełnia kryteria diagnostyczne depresji. W pierwszym trymestrze rozpowszechnienie depresji wynosi około 8 proc., w drugim i trzecim około 13 proc. Objawy depresji w ciąży są typowe dla tego zaburzenia. Jeśli utrzymują się dłużej jak dwa tygodnie wymagają konsultacji specjalistycznej. Traktowanie ich z pobłażaniem może mieć bardzo negatywne skutki. Bliscy ciężarnej kobiety na ogół nie rozumieją, co się dzieje i uważają, że powinna instynktownie radzić sobie z tak naturalnym stanem jak macierzyństwo. Kobieta z kolei czuje się winna i ukrywa swój problem przed otoczeniem.

Leczenie w ciąży jest trudne a dobór leków przeciwdepresyjnych opiera się o znajomość ich skuteczności i toksyczności oraz ich wpływu na rozwój płodu. W lżejszych przypadkach może być wystarczająca psychoterapia. W przypadku leczenia skojarzonego może ułatwiać stosowanie mniejszych dawek leków przeciwdepresyjnych. Niestety, żaden z tych leków nie zalicza się do grupy A wg klasyfikacji FDA. Większość mieści się w kategoriach C lub D i są lekami wysokiego ryzyka dla płodu. Wskazane jest stosowanie środków zapobiegających toksycznemu działaniu tych leków w postaci kwasu foliowego czy witaminy K. Obecnie najpowszechniej stosowanymi stabilizatorami nastroju są sole litu. Praktycznie wykluczone są leki z grupy benzodwuzepin, ponieważ mogą spowodować wiele wad rozwojowych oraz zaburzenia termoregulacji, oddechu i napięcia mięśniowego u noworodków. Żadne leki psychotropowe nie są bezpieczne w ciąży!

Na zakończenie pierwszej sesji odbyła się debata ekspercka: „Zawód położnej w świetle zmieniających się przepisów – obawy i oczekiwania”. Debatę prowadziły: Prezes Polskiego Towarzystwa Położnych dr. hab. – Grażyna Iwanowicz-Palus, Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologicznego i Położniczego – mgr Leokadia Jędrzejewska oraz mgr Ewa Janiuk z Opola i mgr Barbara Gardyjas z Katowic.

Podkreślano, że zawód położnej jest samodzielnym zawodem medycznym (art. 2 ustawy z dn. 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa położnej Dz. U. z dn. 27 sierpnia 2011 r. poz. 1039), chronionym przez korporacyjny samorząd zawodowy. Przypomniano na czym polega wykonywanie zawodu położnej i jakich świadczeń medycznych może wykonywać samodzielnie (art. 5.1.). Przedstawiono nowelizację ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej z dnia 22 lipca 2014 (Dz. U. z dn. 27 sierpnia 2014 r. poz. 1136)

w sprawie wystawiania recept przez pielęgniarki i położne. Panie przypomniały, że położne podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – kodeks karny (Dz. U. Nr 88 poz. 553 z póź. zm.).

W sprawie kształcenia podyplomowego omówiły rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z 16 grudnia 2013 r. poz. 1562).

Położna od 24 sierpnia 2015 r. będzie mogła uczestniczyć w kursach kwalifikacyjnych adresowanych tylko do swojej grupy zawodowej, tj. w dziedzinie: pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa operacyjnego, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii także w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

Specjalizacje dla położnych będą prowadzone w następujących dziedzinach pielęgniarstwa: ginekologiczno-położniczego oraz rodzinnego. Natomiast specjalizacje wspólne dla pielęgniarek i położnych dotyczą: pielęgniarstwa epidemiologicznego i pielęgniarstwa neonatologicznego.

Zgodnie z aktualnie obowiązującymi wykazami położne mogą uczestniczyć w kursach specjalistycznych skierowanych tylko do tej grupy zawodowej:

- opieka nad kobietą ciężarną z cukrzycą w okresie okołoporodowym,
- szczepienia ochronne noworodków,
- leczenie ran,
- poradnictwo w zakresie przygotowania rodziny do pełnienia funkcji prokreacyjnej,
- prowadzenie porodu w wodzie,
- podstawy diagnostyki ultrasonograficznej w położnictwie i ginekologii,
- monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu,

oraz w kursach specjalistycznych adresowanych wspólnie dla obu grup zawodowych:

- edukator w cukrzycy,
- terapia bólu ostrego u dorosłych,
- opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny CPWI-
- wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego,
- komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie,
- aktywizacja podopiecznych z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej,
- poradnictwo dietetyczne,
- przeciwdziałanie przemocy w rodzinie,
- resuscytacja krążeniowo-oddechowa,
- resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka,
- terapia bólu przewlekłego u dorosłych,
- przygotowanie podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych.

Na zakończenie wspomniano również o przepisach karnych dotyczących wykonywania zawodu położnej bez uprawnień i bez posiadania prawa wykonywania zawodu. Dotyczą one także pracodawców zatrudniających położne i pielęgniarki nie posiadające prawa do wykonywania świadczeń zdrowotnych.

Po sesji pierwszej odbyło się spotkanie zespołu konsultantów krajowego i wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego. Tematem spotkania była ocena opieki realizowanej nad kobietą, matką i dzieckiem oraz sytuacji zawodowej położnej w Polsce. W spotkaniu tym brała również udział konsultant województwa łódzkiego.

Sesja druga dotyczyła opieki nad kobietą z cukrzycą w okresie okołoporodowym, którą omówiła dr. n. med. Agnieszka Bień z UM w Lublinie. Przedstawiła:

- definicję cukrzycy ciężarnych,
- antykoncepcję hormonalną u kobiet chorych na cukrzycę,
- przeciwwskazania do zajścia w ciążę,
- planowanie ciąży i badania laboratoryjne, które powinny wykonać przyszłe matki,
- czynniki ryzyka hiperglikemii w ciąży,
- czynniki diabetogenne występujące w ciąży,
- test diagnostyczny 75 g glukozy (OGTT),
- kryteria rozpoznania zaburzeń gospodarki węglowodanowej cukrzycy ciążowej,
- klasyfikację hiperglikemii
- edukacyjne w ciąży,
- powikłania cukrzycy ciążowej dla matki i dla dziecka,
- zasady postępowania w przypadku rozpoznania cukrzycy ciążowej, w tym opiekę położniczą i monitorowanie stanu płodu,
- leczenie dietetyczne,
- znaczenie wysiłku fizycznego w terapii cukrzycy podczas ciąży,
- insulinoterapie,
- wskazania do wcześniejszego zakończenia ciąży,
- warunki i prowadzenie porodu drogami natury oraz śródporodowe monitorowanie,
- stanu płodu w trakcie porodu,
- wskazania do cięcia cesarskiego,
- opiekę nad położnicą z cukrzycą, karmienie naturalne i postępowanie z noworodkiem,
- rediagnostykę cukrzycy po urodzeniu dziecka.

Temat drugi „Położna przewodnikiem po świecie noworodka” przedstawiła mgr Agnieszka Skurzak. Omówiła niektóre odruchy, w tym odruch ssania, Babińskiego, chwytny, Moro, Perea i ich wpływ na rozwój noworodka, niemowlęcia a później dorosłego człowieka.

Należy obalić mit, że noworodek to czysta tablica w momencie przyjścia na świat. Dziecko wyposażone jest w wiele mechanizmów umożliwiających przeżycie i dalszy rozwój oraz nawiązania relacji z innymi ludźmi. Posiada umiejętność przekazywania sygnałów swojego stanu poprzez płacz, krzyk o różnych tonach i barwie. Układ nerwowy podlega ciągłemu rozwojowi, organizm nie ma zdolności do różnicowania

swoich stanów. Każdy dyskomfort w okresie noworodkowym doświadczany jest przez dziecko w kategoriach bólu. Zarówno brak jak i nadmiar bodźców wywołuje u noworodka stres. Rozwijający się człowiek potrzebuje ciągłej odpowiedniej do poziomu rozwoju stymulacji. Naturalna miłość rodziców, ich wrażliwość na potrzeby dziecka stwarzają idealne warunki do rozwoju i ujawniania zdolności potomka.

Temat bardzo ciekawy, wymagałby szerszego omówienia. W tej dziedzinie można korzystać z materiałów Wydawnictwa Lekarskiego PZWL. Tematy rozwoju dziecka były również poruszane w „Magazynie Pielęgniarki i Położnej” z 2007 roku (nr 1–2, 4, 5, 6) w czasopiśmie „Położna. Nauka i Praktyka” z 2009 roku (nr 2, 6), 2010 roku (nr 4) oraz innych wydawnictwach edukacyjnych.

Dzień drugi

Dzień drugi zaczął się omówieniem aspektów prawnych prowadzenia dokumentacji medycznej. Temat opracowała położna mgr Ewa Janiuk z Opola i mgr Barbara Gardyjas z Katowic. Panie przedstawiły rodzaje dokumentacji, zabezpieczenie dokumentacji medycznej oraz prowadzenie dokumentacji w wersji elektronicznej. Przypomniały akty prawne aktualnie obowiązujące, bo przecież niezajomość prawa nie zwalnia od odpowiedzialności w przypadku jego nieprzebrzegania. W podsumowaniu referatu przedstawiły problemy wynikające z przeprowadzonych przez obie panie kontroli pracy położnych oraz spraw wynikających z orzecznictwa i sądu przy okręgowych izbach pielęgniarek i położnych. Były to m.in.:

- bardzo duże dysproporcje jakości prowadzonej dokumentacji medycznej, wiedzy na temat dokumentacji medycznej i nastawienia do realizowania tego zadania przez pielęgniarki i położne. Bardzo częsty brak umiejętności korzystania z przepisów prawa i wiedzy, o ich źródłach często brak znajomości podstawowych aktów prawnych dotyczących wykonywania zawodu;
 - notoryczne łamanie prawa wynikające z niewiedzy jak i poczucia bezkarności;
 - niespójność przepisów, zapisy w aktach równorzędnych wzajemnie wykluczające się i stosunkowo często wprowadzane zmiany w przepisach;
 - słabe przygotowanie do wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, głównie małych podmiotów leczniczych, w tym samodzielnie prowadzących działalność pielęgniarek i położnych;
 - brak narzędzi ułatwiających prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej w opiece poza stacjonarnej;
 - trudności z ujednoczeniem dokumentacji medycznej poszczególnych rodzajów podmiotów leczniczych;
 - nadal dominacja organizacji opieki pielęgniarstwiej i położniczej zorientowanej „na zadanie” a nie „na pacjenta”, co ma odzwierciedlenie w problemach dokumentowania wykonywanych czynności zawodowych;
 - minimalizowanie lub brak dokumentowania świadczeń w zakresie edukacji zdrowotnej.

Po trudnym temacie dotyczącym dokumentacji medycznej miłym doświadczeniem okazało się zaproszenie przez filharmoników wrocławskich Dorotę Sosnę i Annę Wilczyńską do udziału w niezwykłym projekcie, którego celem jest nauczenie rodziców, dziadków śpiewania dla dzieci i razem z dziećmi. Bezpłatne zajęcia odbywają się w szkołach rodzenia, w szpitalnych oddziałach położniczych oraz w miejscach przyjaznych rodzinie i dziecku. Program obejmuje 3 spotkania po 30 minut. W trakcie warsztatów uczestnicy dowiadują się, jak korzystnie śpiew wpływa na rozwój dziecka. Śpiew pomaga dzieciom wyrażać emocje, stymuluje naukę języka, pogłębia wrażliwość dziecka, pomaga kształtować charakter, rozwija relacje społeczne. Do uczestnictwa w projekcie zaprasza wszystkich zainteresowanych pomysłodawca Andrzej Kosendiak – Dyrektor Narodowego Forum Muzyki we Wrocławiu.

Uczestniczki konferencji z przyjemnością wraz z filharmonistkami zaśpiewały kilka znanych piosenek i kołysanek dla dzieci. Więcej informacji o bezpłatnych warsztatach „Pośpiewaj mi mamo, pośpiewaj mi tato” znajdziecie na stronie: www.nfm.wroclaw.pl/edukacja/pospiewajmi lub www.fb.com/pospiewajmi.

W następnym temacie poruszane były alternatywne metody opieki okołoporodowej jako wyzwanie dla samodzielności położnych, dzięki którym mogą podnieść swój prestiż zawodowy. Wykorzystanie udogodnień porodowych podczas przebiegu porodu związane bezpośrednio z kinezyterapią pozycyjną, umiejętność odprężania rodzącej w oparciu o trening autogenny Schulza lub postępującą relaksacją Jacobsona, zastosowanie immersji wodnej, muzykoterapii przedstawiły obecnym mgr Mariola Kicia i mgr Dominika Stobnicka.

Bardzo ciekawe „terapię wspierającą kobietę w ciąży i noworodka” przygotowała mgr Jeannette Kalyta. Terapie owe związane są z akupresurą stosowaną u ciężarnych i rodzących kobiet. Kursy akupresury są prowadzone w Polsce, lecz niestety są drogie. Jeannette przedstawiła osteopatię jako dziedzinę diagnozowania i leczenia związaną z holistycznym traktowaniem organizmu ludzkiego jako integralnej całości, uznającą zależność pomiędzy ciałem, psychiką i umysłem.

Osteopatia kieruje się następującymi zasadami:

- organizm stanowi całość,
- organizm posiada zdolność do autoregulacji, samoleczenia i utrzymania równowagi (homeostazy),
- wspiera naturalne siły ciała, które odpowiednio pobudzone mogą pokonać chorobę,
- budowa ciała i procesy w nim zachodzące są wzajemnie powiązane.

Przekazywała informacje, jak pomóc osobom z problemami zdrowotnymi, kobietom ciężarnym, noworodkom przy pomocy terapii czaszkowo-krzyżowej. Mówiła, kiedy i w jakich przypadkach można sięgnąć po tę metodę.

Przedstawiła masaż „dotyk motyla” opracowany przez pediatrę dr Evę Reich, córkę Wilhelma Reicha – współpracownika Z. Freuda. Przy opracowywaniu tego bardzo ciekawego i pouczającego tematu J. Kalyta korzystała z literatury, którą chcielibyśmy państwu przybliżyć:

- Reich E. *Masaż dotyk motyla*. Warszawa: Wydawnictwo Irgo;
- Peirsmann N., Peirsmann E. *Terapia czaszkowo-krzyżowa u dzieci i niemowląt*. Warszawa: Wydawnictwo Irgo;
- Bets D. Akupresura. *Naturalne metody łagodzenia bólu w trakcie porodu*;
- Kern M. *Mądrość ciała. Czaszkowo-krzyżowe podejście do istoty zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Irgo.

Jannette Kalyta jest współzałożycielką „Akcji Dobre Ręce Polskich Położnych” (DRPP). Akcja powstała, żeby:

- zapewnić łatwy dostęp do opieki położnej wszystkim kobietom w każdym okresie ich życia,
- zadbać, by dziewczęta dorastały mając szacunek do swojego ciała i świadomość jego fizjologii,
- zadbać poprawę jakości narodzin, aby każda kobieta mogła urodzić w poczuciu bezpieczeństwa, szacunku, intymności, otoczona troskliwą opieką dobrej położnej,
- zadbać, by menopauza i okres starości był dla kobiety czasem korzystania ze swoich życiowych doświadczeń.

Celem Akcji DRPP jest: współpraca pomiędzy położnymi i wzajemne wsparcie, poprawa wizerunku położnej, poprawa sytuacji położnych na rynku pracy, wzrost liczby porodów siłami natury w bezpieczeństwie, intymności i szacunku.

Plan Akcji DRPP: dobre praktyki w szpitalach, poprawa wizerunku położnej, położna dla kobiety, położna dla położnej, edukacja położnych, psychologia zawodu.

Zainteresowanym Akcją DRPP podajemy kontakt: drpp@dobrze-rece-polskich-poloznych.pl

*

Był to ostatni wykład v Kongresu Położnych i wszystkie załowałyśmy, że tak szybko się skończył, mimo tego iż trwał nieco dłużej, a pytaniom nie było końca. W ciągu tych dwóch pracowitych dni swoje referaty oraz produkty pomagające nam położnym w pracy przedstawiły firmy farmaceutyczne i kosmetyczne m.in:

- Ochrona karmienia piersią z linią Lovi Medical+
- Pielęgnacja skóry kobiet w ciąży oraz wrażliwej skóry niemowląt –pod patronatem firmy Pierre Fabre Dermo-Cosmetique Polska [A-Derma i Elancyn]

Partnerowali im LaciBios femina, ASA, Biomed, Sudocrem, Humana, Oilan baby, Kindii Cleanic, Pharmaceris, Prenalen, 100 Salus Years 1916–2016.

Książki o tematyce medycznej przydatnej w zawodzie położnej wystawiało Wydawnictwo PZWŁ, PWN, dzięki którym otrzymałyśmy zeszyty edukacyjne zawierające streszczenia przedstawianych referatów oraz dyplomy uczestnictwa w v Kongresie Położnych.

W imieniu organizatorów uczestników Kongresu pożegnała dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus. My również dziękujemy za bardzo dobrze przygotowaną konferencję zarówno pod kątem merytorycznym jak i organizacyjnym.

Zdzisława Mackiewicz, Krystyna Kolasieńska

Gorące podziękowania dla całego zespołu Lekarzy oraz Wspaniałych Koleżanek Pielęgniarek (p. **Krystynie Paturaj** oraz p. **Jolancie Ciekańskiej**) z Kliniki Okulistycznej USK im. WAM-CSW za pomoc, profesjonalizm i wsparcie oraz za ciepło i cierpliwość w opiece nad moim mężem.

wdzięczna żona
Małgorzata Bednarek-Szymańska

Podziękowanie dla Szpitala Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego w Łodzi:
ordynator Oddziału Chirurgicznego Ogólnego – dr. n. med. Marek Staniaszczyk
oraz dr n. med. Łukasz Piskosz
dr n. med. Anna Bek
lek. med. Witold Olejniczak
lek. med. Dariusz Stanicki
oraz paniom pielęgniarkom, zespołowi instrumentariuszek, pielęgniarcze oddziałowej **Jolancie Rosa** za profesjonalną i fachową opiekę w czasie pobytu na oddziale w czerwcu.
Jesteśmy wszystkim bardzo wdzięczne za opiekę nad salą 404

emerytowana pielęgniarka instrumentariuszka
Ala Błażejko oraz Ania i Krystia

Ostatnio zdarzyło mi się trafić do szpitala przy placu Hallera w Łodzi. W związku z tym, dowiedziałem się także o Państwa biuletynie. Dlatego chciałem wyrazić podziękowania za opiekę i profesjonalne podejście całej kadry pielęgniarskiej, jak i lekarzom za to jak podchodzą do pacjentów. Optymistyczne nastawienie, troskliwość i fachowe podejście do obowiązków naprawdę przekładają się na samopoczucie i szybszy powrót do zdrowia pacjentów z gastroenterologią. Gdyby nie to, że nikomu nie życzę, by trafił do szpitala, to polecam ten szpital każdemu! Świetna robota!

Krzysztof Kwaskowski

Dr nauk medycznych mgr pielęgniarstwa **Agnieszka Głowacka** została nagrodzona w XVI edycji Konkursu Marszałka Województwa Łódzkiego za najlepsze rozprawy habilitacyjne i doktorskie oraz prace magisterskie i dyplomowe tematycznie związane z województwem łódzkim, które promują region, a wyniki ich badań wykazują użyteczność dla rozwoju społecznego, gospodarczego oraz kulturalnego regionu.



Sukces łódzkiej pielęgniarki

Laureatka została nagrodzona za rozprawę doktorską pt. „Częstość występowania niektórych składników zespołu metabolicznego u dzieci i młodzieży w mieście średniej i małej wielkości województwa łódzkiego”.

Pani Agnieszka jest już drugą pielęgniarką, która otrzymała nagrodę w tymże konkursie, w 2009 roku nagrodzona została również pielęgniarka, absolwentka Wydziału Pielęgniarstwa UMED w Łodzi mgr Joanna Gąsiorowska za pracę magisterską pt. „Analiza zachorowalności na różę w Łodzi i regionie łódzkim”.

W dniu 30 września 2015 r. Zarząd Województwa Łódzkiego przyznał nagrody Marszałka Województwa Łódzkiego za najlepsze rozprawy habilitacyjne i doktorskie oraz prace magisterskie i dyplomowe tematycznie związane z województwem łódzkim w XVI edycji konkursu. Do Konkursu uczelnie zgłosiły 65 prac, z czego nagrodzone zostały: 1 rozprawa habilitacyjna, 3 rozprawy doktorskie, 1 praca magisterska oraz 2 prace dyplomowe. Najwięcej prac, bo aż 36 wpłynęło z Uniwersytetu Łódzkiego, 18 z Politechniki Łódzkiej, 5 z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, 2 z Akademii Sztuk Pięknych w Łodzi i po jednej z: Państwowej Wyższej Szkoły Filmowej, Telewizyjnej i Teatralnej w Łodzi, Społecznej Akademii Nauk w Łodzi, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu.

Pani dr Agnieszka Głowacka po ukończeniu w roku 1989 Liceum Medycznego w Zgierzu rozpoczęła pracę na stanowisku pielęgniarki na oddziale chorób wewnętrznych, początkowo Przemysłowego a następnie Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Zgierzu. Pracowała nieprzerwanie przez 15 lat

do 2005r. Studia magisterskie na Wydziale Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi ukończyła w roku 2004 r. Od 2005 r. pracuje na stanowisku wykładowcy na Oddziale Pielęgniarstwa i Położnictwa UM. Prowadzi wykłady z zakresu pielęgniarstwa psychiatrycznego i promocji zdrowia psychicznego oraz zajęcia praktyczne z pielęgniarstwa pediatrycznego. Praca ta sprawia jej wiele satysfakcji, ponieważ mobilizuje do ciągłego pogłębiania wiedzy i umiejętności a przede wszystkim daje możliwość bezpośredniej pracy z młodzieżą, rozpoczynającą swoje życie zawodowe. Głównie też w celu podnoszenia swoich kwalifikacji w 2011 ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i uzyskała tytuł specjalisty w tej dziedzinie. W latach 2010–2013 przeprowadziła badanie dotyczące częstości występowania niektórych składników zespołu metabolicznego wśród dzieci i młodzieży w wieku 7–16 lat w mieście średniej i małej wielkości województwa łódzkiego. Badanie to zaowocowało otrzymaniem w 2014 r. tytułu doktora nauk medycznych. Oprócz pracy dydaktycznej w UM jest członkiem Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu. Ponadto przez wiele lat współpracuje z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, obecnie pełni funkcję wiceprzewodniczącej Zarządu Oddziału PTP, Oddział w Łodzi. Jest również członkiem Polskiego Towarzystwa Chorób Metabolicznych. Główne zainteresowania naukowe Pani doktor dotyczą zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży, a także zaburzeń metabolicznych w populacji wieku rozwojowego.

Streszczenie rozprawy doktorskiej pt. Częstość występowania niektórych składników zespołu metabolicznego u dzieci i młodzieży w mieście średniej i małej wielkości województwa łódzkiego.

Od kilkudziesięciu lat obserwuje się dynamiczny wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości zarówno w Świecie, Europie jak również w Polsce. Dane statystyczne wskazują, że problem ten dotyczy co 4 dorosłego mieszkańca naszego kraju. Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat zwiększyło się gwałtownie występowanie otyłości również wśród dzieci i młodzieży. Jest to tym bardziej niepokojące, że nadwaga i otyłość w najmłodszych grupach wiekowych pociąga za sobą szereg niepożądanych konsekwencji w dalszych okresach życia. Decydują one w istotnym stopniu o jakości i czasie przeżycia.

Otyłość zwiększa również ryzyko rozwoju T2DM, nadciśnienia tętniczego, miażdżycy, nowotworów, chorób układu kostno-stawowego oraz zaburzeń psychicznych. Ponadto otyłość, zwłaszcza brzuszna, w połączeniu z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej, lipidowej i nadciśnieniem tętniczym stanowi podstawowy zbiór patologii wchodzących w skład zespołu metabolicznego (ZM). Stwarza to niezwykle poważny problem dla obecnych i przyszłych pokoleń, zarówno w aspekcie medycznym, społecznym, jak i ekonomicznym.

Celem pracy było określenie: jakie są najczęstsze odchylenia w zakresie masy ciała, ciśnienia tętniczego krwi, stężenia glukozy w populacji dzieci i młodzieży dwóch miast województwa łódzkiego? Czy wiek, płeć, miejsce zamieszkania mają związek z występowaniem otyłości u dzieci i młodzieży? Czy istnieje związek pomiędzy otyłością a wartością ciśnienia tętniczego? Czy istnieje zależność pomiędzy płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania dziecka, rodzajem spożywanych posiłków i czasem spędzonym przed ekranem TV/komputera? Jak rodzice oceniają nawyki dietetyczne oraz aktywność fizyczną dzieci?

Materiał i metody: w badaniu wzięło udział 842 uczniów szkół w Zgierzu i w Łęczycy w wieku 7 do 16 lat oraz 1137 rodziców/opiekunów prawnych dzieci. U wszystkich dzieci przeprowadzono ocenę masy ciała, wzrostu, obwodu brzucha, BMI. Dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego i glikemii we krwi kapilarnej. U rodziców przeprowadzono ankietę dotyczącą nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej.

Wyniki: najczęstszym odchyleniem od przyjętej normy u dzieci i młodzieży miasta Zgierza i Łęczycy były: nadwaga, otyłość i wysokie wartości ciśnienia tętniczego (≥ 95). U chłopców w obu badanych populacjach stwierdzono częstsze występowanie otyłości niż u dziewcząt. U chłopców wskaźnik WHR wskazujący na otyłość brzuszna, częściej był wyższy niż u dziewcząt, szczególnie w najmłodszych grupach wiekowych. Również wysokie wartości ciśnienia tętniczego częściej występowały u dzieci z otyłością brzuszna. Najwięcej czasu przed ekranem TV/komputera spędzała młodzież w wieku 16 lat,

przy czym najczęściej posiłków typu „fast food” spożywały dzieci i młodzież, która spędza ponad 2 godziny dziennie przed ekranem TV/PC. W Łęczycy większy odsetek dzieci i młodzieży ponad 2 godziny dziennie spędzał przed ekranem TV/PC niż w Zgierzu. W obu badanych populacjach ponad 50 proc. rodziców oceniało aktywność fizyczną dzieci jako prawidłową, a prawie 90 proc. rodziców akceptowało nawyki dietetyczne dzieci.

Wnioski: Poznanie uwarunkowań dotyczących występowania składników zespołu metabolicznego w populacji dzieci i młodzieży małego i średniej wielkości miasta województwa łódzkiego, daje możliwość podjęcia, bardzo ukierunkowanej wczesnej prewencji. Działania mogą być wówczas skierowane na zidentyfikowane potrzeby grup docelowych. W obu populacjach chłopcy w wieku 7–12 lat będący główną grupą ryzyka związanego z występowaniem otyłości powinni być objęci szczególną uwagą w działaniach profilaktycznych. Do młodzieży 16-letniej zamieszkującej zwłaszcza miasto o małej populacji należy kierować programy, które przeciwdziałałyby siedzącemu trybowi życia i co jest z tym związane niezdrowym nawykom żywieniowym. Również programy propagujące aktywność fizyczną powinny być kierowane do chłopców zwłaszcza w najstarszej grupie wiekowej w mieście średniej wielkości. Bardzo ważnym problemem jest brak wiedzy rodziców dotyczący zasad zdrowego stylu życia, dlatego to ta grupa wymaga największej uwagi w działaniach edukacyjnych.

Należy podkreślić, że otyłość stwierdzona u dużego odsetka dzieci i młodzieży zamieszkujących miasto o średniej i małej populacji województwa łódzkiego może stwarzać zagrożenie zdrowotne w późniejszym okresie życia. Dlatego konieczne są wielokierunkowe, aktywne działania promujące prozdrowotny styl życia i zmniejszające ryzyko występowania powikłań w wieku późniejszym. W realizację tego programu powinien być zaangażowany nie tylko system opieki zdrowotnej, ale w jak najszerszym zakresie rodzice, nauczyciele oraz media publiczne. (PTP)



W imieniu Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi serdecznie gratulujemy laureatce otrzymanej nagrody. Jesteśmy dumni z tego, iż pielęgniarki również na polu naukowym osiągają tak zaszczytne sukcesy.

Zarząd Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi



XI Edycja Konkursu Pielęgniarka Roku

Przed nami kolejna (XI) edycja konkursu Pielęgniarka Roku, który jest organizowany przez Koło Liderów Pielęgniarstwa przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego jako kontynuacja tradycji olimpiad pielęgniarskich i turnieju o „Złoty Czepek Pielęgniarski”.

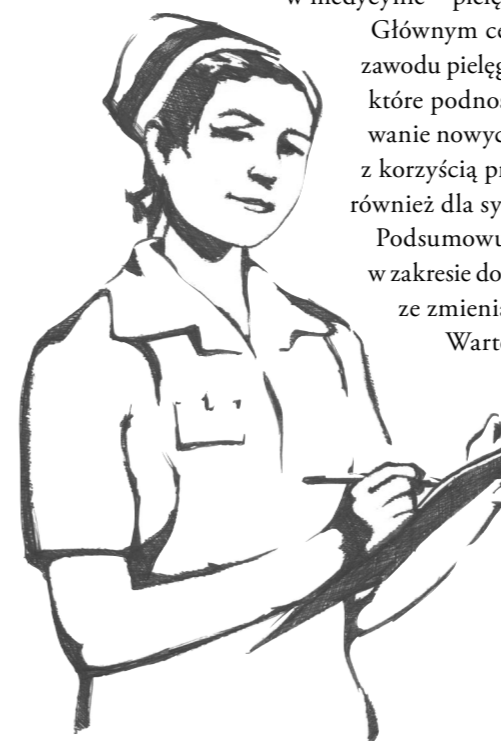
Łódzki Oddział Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego od kilku lat jest czynnym uczestnikiem Konkursu Pielęgniarka Roku. Warto podkreślić, że sprawia nam ogromną satysfakcję systematycznie wzrastające zainteresowanie nim, a co za tym idzie i liczba jego uczestników.

Konkurs składa się z III etapów podczas, których uczestnicy poddawani są ocenie poziomu wiedzy i umiejętności współpracy oraz prezentacji zawodu. Przeznaczony jest dla pielęgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentami. W I etapie konkursu, odbywającym się na terenie zakładów opieki zdrowotnej, wyłaniane są pielęgniarki odznaczające się zaangażowaniem w pracę, wysokim poziomem wiedzy zawodowej i wzorową postawą etyczną. Osoby wyróżnione następnie biorą udział w eliminacjach wojewódzkich, które są II etapem Konkursu Pielęgniarka Roku. W całym kraju ten etap Konkursu, odbywa się tego samego dnia i polega na rozwiązaniu testu złożonego z pytań jednokrotnego wyboru. W wyniku postępowania konkursowego, zgodnie z regulaminem, jury wyłania jedną laureatkę. Reprezentuje ona następnie województwo łódzkie w III ogólnopolskim etapie Konkursu Pielęgniarka Roku. Podczas eliminacji ogólnopolskich oceniane są projekty indywidualne dotyczące wcześniej zaplanowanego tematu. W ubiegłorocznym konkursie temat przewodni brzmiał: „Postępy w medycynie – pielęgniarki wobec dylematów etycznych XXI wieku”.

Głównym celem konkursu jest kształtowanie pozytywnego wizerunku zawodu pielęgniarki w społeczeństwie oraz nagrodzenie tych pielęgniarek, które podnoszą swoje kwalifikacje. Poprzez poszerzanie wiedzy i zdobywanie nowych umiejętności, mogą one wówczas wprowadzać innowacje z korzyścią przede wszystkim dla pacjentów ale w szerszej perspektywie również dla systemu ochrony zdrowia.

Podsumowując, konkurs ma wymiar zachęty do podejmowania starań w zakresie doskonalenia warsztatu i stawania czoła wyzwaniom związanym ze zmieniającymi się warunkami wykonywania naszego zawodu.

Warto również zwrócić uwagę na fakt, że Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stara się nadać odpowiednią rangę Konkursowi i zachęcić kolejne pokolenia do wyboru tego zawodu. Jest to bardzo istotne, gdyż następne lata mogą przynieść znaczący kryzys w pielęgniarstwie.



Agnieszka Głowacka
dr n. med., mgr pielęgniarstwa
Wiceprzewodnicząca Zarządu Oddziału PTP
Oddział w Łodzi

KOŁO EMERYTEK

Piękna nasza Polska...

ZDZISŁAWA KULESZA

11 września 2015 r. wyruszamy na trzydniową wycieczkę do Zamościa, Rzeszowa, Przemyśla, Krasicy, Jarosławia i Łańcuta. Początkowo pochmurna pogoda po godzinie ósmej poprawia się i słońce rozświetla oglądany z autokaru krajobraz: mijane miasta, wieś i pola.

Dzień pierwszy

Po godz. 13.00 zajechaliśmy do Zamościa, którego założycielem był Jan Zamoyski – kanclerz i hetman wielki koronny, doradca króla Zygmunta II Augusta. Prawa miejskie Zamościowi nadał 10 kwietnia 1580 r. król Stefan Batory. Włoski architekt Bernardo Morando zaprojektował nowoczesną twierdzę, którą otaczał mur z siedmioma bastionami oraz trzema bramami wjazdowymi: Lwowską, Lubelską i Szczebrzeską. Pani przewodniczka, Wiesława Zborowska, prowadzi nas do Rynku Głównego, na którym odbywa się uroczystość – święto celników. Rynek Wielki tworzy kwadrat o wymiarach 100 x 100 metrów; otaczają go malowane kamienice, wyróżniające się barwnymi fasadami i bogactwem fryzów, płaskorzeźb i ornamentów. Zielone, żółte, czerwone i niebieskie domy budowali bogaci i wykształceni Ormianie. Z boku Ratusz z XVI w. z 52-metrową wieżą zegarową oraz dobudowane w latach 1767–1770 wachlarzowe schody. Wchodzimy do Muzeum: makietę miasta, portrety założyciela i członków rodziny, a na piętrze – pokoje ormiańskie, a w nich malowidła, dywaniki, wiszące kobierce. Na drugim piętrze – pokoje służby i dzieci. W sali etnograficznej stroje: panny młodej, białe – kobiety zamężnej i biłgorajski strój męski z XIX w. oraz posagowe skrzynie i liczne rzeźby w sali sakralnej. Idziemy do renesansowej katedry, która mieściła 3 tysiące stojących wiernych. W niej nadawano tytuł ordynata i pochowano trzynastu ordynatów. Są tu piękne ołtarze, rzeźba męczyzny i dziewczyny z białego marmuru. Pałac Zamoyskich wzniesiono w latach 1579–1587. Przed nim stoi pomnik Jana Zamoyskiego. Akademię Zamoyską założono w roku 1594, a teraz jest tu Liceum Ogólnokształcące. W synagodze, wzniesionej w latach 1610–1620, mieści się obecnie Ośrodek Kultury. Oglądamy też Rynek Solny. Przy ulicy Grodzkiej 7 urodził się Marek Grechuta – poeta, kompozytor i piosenkarz. Zamość zyskał miano „perły renesansu, Padwy północy”. W 1992 r. Stare Miasto zostało wpisane na listę Światowego dziedzictwa UNESCO.



Przed godz. 16.00 jedziemy szeroką wijącą się, wznoszącą i opadającą jezdnią przez Szczebrzeszyn i Łańcut do Rzeszowa. Idziemy z przewodnikiem do zamku Lubomirskich z XVI w., który zbudował Mikołaj Spytek Ligęza, a w XVII w. rozbudowali i otoczyli go murem obronnym i bastionami Lubomirscy. Oglądamy plac z kolorowymi fontannami; była tu grobla, do której z zamku wypływały łodzie. Konwent pijarów obejmował kościół, klasztor i szkołę. Kościół św. Krzyża (z lat 1644–1649, projektu Tylmana z Gameren) ma wystrój późnobarokowy. W budynku klasztornym znajduje się muzeum. Było tu Collegium Ressoventense, w którym uczył się ks. Stanisław Konarski – obecnie patron LO nr 1 – oraz Ignacy Łukasiewicz, Władysław Sikorski i Julian Przybóś. Na końcu ulicy widzimy wieżę z okrągłą kopułą; ulice zdobią kwietniki i ławki. Oglądamy kościół farny z 1363 r., obecnie w stylu baroku, przy którym znajduje się kwadratowa wieża-dzwonnica z XVII w.; zespół klasztorny bernardynów z kościołem Wniebowzięcia NMP z XVII w., z późnogotycką figurką MB z Dzieciątkiem z 1513 r., który w 2008 r. otrzymał tytuł Bazyliki Mniejszej. Naprzeciw – Teatr im. Wandy Siemaszkowej z galerią Józefa Szajny, w który w 1997 r. przekazał swe prace swemu rodzinnemu miastu. Pełni wrażeń, zmęczeni jedziemy do hotelu na obiadokolację i nocleg.

Dzień drugi

Po smacznym śniadaniu (szwedzki stół) o godz. 9.00 jedziemy do Przemyśla i Jarosławia. Krętą drogą w Przemyślu docieramy do „Zniesienia” – miejsca z bogatą przeszłością, Kopcem Tatarskim (na wysokości 352 m. n.p.m.), upamiętniającym pokonanie – „zniesienie” – Tatarów. Znajdują się tam liczne schrony. Obchodzimy teren wzgórze, z którego widać ładną panoramę miasta i okolic. Znajduje się tu Krzyż Zawierzenia z 2000 r., wieża telewizyjna, brama forteczna, a przy niej górna stacja wybudowanego w 2006 r. stoku narciarskiego. O godz. 12.00 zjeżdżamy w dół i idziemy na Starówkę do archikatedry rzymskokatolickiej przebudowanej w XVIII w. w stylu baroku, znajdującej się obok 71-metrowej wieży. Zamek, usytuowany na Wzgórzu Zamkowym, został wzniesiony po 1340 r. przez

króla Kazimierza Wielkiego i przebudowany w XVI w. W środku – pozostałości dawnych murów. Schodzimy w dół, do rynku i do 14.15 mamy wolny czas na kawę czy lody. Następnie idziemy do Wieży Zegarowej z XVIII w.; obecnie to Muzeum Dzwonów i Fajek. Kościół i klasztor karmelitów z XVII w. są odrestaurowane również w środku. Archikatedra grecko-katolicka to dawniej kościół jezuitów, który w XX w. był garnizonowy, a w 1991 r. Ojciec Święty, Jan Paweł II, przekazał go grekokatolikom. Po godz. 15.00 jedziemy do Krasicy, gdzie podziwiamy zamek z czterema wieżami i z wypukłym fryzem wokół, a następnie idziemy do parku oglądać stare dęby, sadzone po narodzinach chłopca, i lipy – po urodzeniu się dziewczynki, ponadto – miłorzęby, korkowce i inne stare drzewa. O godz. 17.00 dojeżdżamy do Jarosławia (z 1375 r.). Rynek otoczony jednopiętrowymi domami, w centrum piękny Ratusz – obecnie siedziba władz miasta. Kamienica Orsettich, zbudowana pod koniec XVI w., należy do najpiękniejszych późnorenesansowych kamienic mieszczańskich w Polsce. Kolegiata p.w. Bożego Ciała jest najstarszym jezuitskim kościołem w Polsce. Oglądamy dawny zespół kościelno-klasztorny ss. Benedyktynki, grekokatolicką cerkiew, wybudowaną w latach 1717–1749, przebudowaną w 1911 z jedno- na trzynawową. Tu kwitł handel, bo krzyżowały się szlaki Wschód-Zachód oraz Północ-Południe i ludzie się bogacili. Przez oszklony kwadrat nad ziemią oglądamy podziemną trasę turystyczną. Wracamy do Rzeszowa na obiadokolację, a po godzinie spotykamy się przy lampce wina z ciastem.

Trzeci dzień

O godz. 9.00 po śniadaniu już spakowani wyjeżdżamy do Łańcuta. Zostajemy podzieleni na dwie grupy i naszą prowadzi przewodniczka – pani Maria Pszonka – na zamek wzniesiony w XVII w. przez Stanisława Lubomirskiego. Na przełomie XVIII i XIX w. pozbawiony cech obronnych stał się wspaniałym pałacem otoczonym rozległym parkiem krajobrazowym. Historia zamku jest bardzo bogata; bywali w nim sławni ludzie. Alfred III Potocki – czwarty i ostatni ordynat – w lipcu 1944 r. wywiózł do Szwajcarii prawdziwe skarby w 11 wagonach kolejowych.

wych. Obecnie zebrane w zamku eksponaty robią duże wrażenie; pokoje bogato wyposażone w obrazy, zabytkowe meble i dekoracje. W holu, na posadzce przed wejściem do części mieszkalnej, znajduje się herb właścicieli Potockich „Pilawa”, a na ścianach – herby żon kolejnych właścicieli. Na pierwszym piętrze wielki przedpokój z szafą kredensową w kształcie gruszki z XVIII w., waza majolikowa z XVI w., barokowe meble, na ścianie obraz z 1666 r.: „Walka legionów rzymskich z murzynami”. Idziemy białym korytarzem z rokokowymi meblami, portretami panów w rycerskich zbrojach, pięknymi wazami, popiersiami Potockich. Podziwiamy salę jadalną z portretami i pięknymi wazonami z fajansu z okrągłym XIX-wiecznym piecem, apartament parady ze stołem do gier, następnie sypialnię z mahoniowym łóżkiem stylu empire. Apartament męski tworzy: salon zimowy, gabinet w wieży z biblioteką, męska czerwona sypialnia z żółtą łazienką. Apartament damski to: ubieralnia, gabinet, sypialnia i salon – wyposażone w piękne meble, inkrustowane podłogi, portrety, instrumenty. Salon narożny był salą jadalną; ściany zdobi sztuczna girlanda kwiatów; jest tu piękny kryształowy wenecki żyrandol, ważący 300 kg. W bibliotece rodowej arystokracji polskiej – 22 tysiące woluminów. Pokój obrazowy – to od zgromadzonej tu kolekcji malarstwa, zwany też bilardowym od posadzki zdobionej motywami kijów i bil do gry; są tu także piękne wazony z czerwonej kamionki. Jadalnia nad bramą wyłożona jest boazerią dębową ze złożoną snycerką. Sala balowa to największe i najokazalsze wnętrze zamku w stylu klasycystycznym, z pięknymi żyrandolami i podłogą w koła inkrustowaną czarnym dębem. Jadalnia wielka, powstała w latach 1802–1805, ma piękne ozdobne ściany, portret Zofii z Czartoryskich Zamoyskiej jako „Psyche”, wspaniałe meble, japońskie wazy i talerze. Idziemy galerią rzeźb z pięknymi posągami, np.: „Psyche niesiona przez zefiry”, „Amor bawiący się motylem” i wielu innymi imponującymi figurami oraz meblami. Wchodzimy do Sali Kolumnowej, gdzie między czterema kolumnami stoi posąg Henryka Lubomirskiego w charakterze „Amora” – boga miłości. W pokoju werandowym oglądamy portret Krystyny z Tyszkiewiczów Potockiej. Korytarz czerwony prowadzi do schodów na parter, do korytarza północnego, gdzie wyeksponowano liczne obrazy, meble, zbroje rycerskie i broń. W zamku zwróciły moją uwagę piękne bukiety suszonych kwiatów w wazonach, ciekawe wystroje pokoi, ozdobne upięcia firanek; wszystko to tworzy wspaniałe piękno tego miejsca. Z zamku parkiem idziemy do łańcutkiej ponad stuletniej stajni i wozowni, gdzie znajdują się bogate zbiory pojazdów i akcesoriów konnych. Służyły one do uroczystości rodzinnych i państwowych, na wizyty i spacer, do podróży, zawodów w powożeniu i polowań. Ponadto zgromadzono tu pojazdy gospodarcze oraz kupowane i restaurowane specjalnie w celu powiększenia kolekcji. Z Łodzi kupiono karawan pogrzebowy, z Niemiec – kolekcję sań z początków XX w.

Jedziemy do Baranowa Sandomierskiego, do XVI-wiecznego zamku – perły renesansu, gdzie odbywają się śluby i wesela. Napis na portalu: „Przyjaciele, niech Wam sprzyja każda chwila” pięknie podsumowuje naszą podróż, która nas bardzo wzbogaciła. Pełni wrażeń wracamy do Łodzi.



Z ogromnym bólem żegnamy naszą koleżankę

śp. Joannę Hojwa

Odeszła od nas tak szybko, pozostawiając smutek i żal.
Joasia była człowiekiem o wielkim sercu i wrażliwej duszy.
Życzliwa, uśmiechnięta, taka pozostanie w naszej pamięci.

Położne Kliniki Położnictwa i Ginekologii oraz pozostali pracownicy ICZMP