

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. 15.00–17.00
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 poniedziałek miesiąca
w godz. 15.30–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

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

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

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

Konto bieżące OIPiP

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

Prawo wykonywania zawodu

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

Kształcenie podyplomowe

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

Biblioteka OIPiP

*– przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału
w kształceniu podyplomowym*

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

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

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

Mecenas

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

Kasa

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

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

DZIAŁ PRAWNY 5

TEMAT MIESIĄCA 8

PRAKTYKA ZAWODOWA 15

PODZIĘKOWANIA 18

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 24

PIERWSZA POMOC I–IV

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34
tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
Redaktor Naczelny: mgr Joanna Gąsiorowska
Zdjęcie na okładce: mgr Joanna Gąsiorowska
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

XXXIV posiedzenie ORPiP
(13 stycznia 2015 r.)

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 7 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 4 położne.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę/pielęgniara z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę i 1 pielęgniara.
- ▶ Wydano nowy dokument zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniara – 1 pielęgniarzowi.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyki pielęgniarek i 1 praktykę położnej wykonywanych w przedsiębiorstwach.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktykę pielęgniarki.
- ▶ Skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej – 1 pielęgniarkę i 2 położne, zgodnie z Program przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
- ▶ Odmówiono dokonania zmian we wpisie w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – z uwagi na upływ terminu ważności wpisu.
- ▶ Przyznano 2 zapomogi losowe, w wysokości 6000 zł i 2500 zł.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym w: szkoleniach specjalizacyjnych – 77 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 10 osobom, kursach specjalistycznych – 10 osobom. Ogółem wypłacono dofinansowań na kwotę 103 139,07 zł. Odmówiono 5 osobom przyznania dofinansowania, ze względów regulaminowych – wnioski wpłynęły po regulaminowym terminie, brak udokumentowania okresu minimum dwóch lat opłacania składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi. **Uwaga! Udział w szkoleniach i kursach w innych podmiotach niż OIPiP w Łodzi, które są wykazane**

w przyjętym planie szkoleń i kursów OIPiP w Łodzi w 2015 r., nie jest dofinansowany przez OIPiP w Łodzi – § 1 ust. 3 Uchwały Nr 862/VI ORPiP z dnia 08.10.2013 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego (ze zm.) Plan publikowany w Biuletynie Nr 1/2015 oraz na bieżąco na stronie internetowej OIPiP Łodzi w zakładce kształcenie podyplomowe.

- ▶ Zatwierdzono:
 - zmiany w planie szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w 2015 roku – uzupełniony plan w zakresie realizowanych szkoleń specjalizacyjnych i kursów dokształcających zamieszczony na stronie internetowej OIPiP w Łodzi w zakładce kształcenie podyplomowe oraz dostępny w biurze OIPiP.
 - wyrażenie zgody na udział 1 położnej w kursie specjalistycznym organizowanym przez OIPiP w Łodzi, pod warunkiem wolnych miejsc w edycji kursu oraz 1 osobie odmówiono, ze względu na zaległości w opłacaniu składek członkowskich.
 - sfinansowanie członkowi Komisji Opieki Paliatywno-Hospicyjnej OIPiP udziału w Międzynarodowej Konferencji Opieki Zespołów Hospicyjnych.
 - autorów przygotowujących programy szkoleń i kursów zaplanowanych do realizacji przez OIPiP w 2015 r.
 - honorarium dla 1 autora artykułu opublikowanego w Biuletynie OIPiP Nr 1/2015.
 - koszty organizacyjne XXXI OZPiP.
 - kadre dydaktyczną dla 7 szkoleń specjalizacyjnych, 6 kursów kwalifikacyjnych i 2 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w zakładkach oraz w OIPiP.
 - składy osobowe 7 komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych dla 3 szkoleń specjalizacyjnych i 4 kursów specjalistycznych, organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP.
 - wystąpienie z wnioskiem do NRPiP o nadanie 3 osobom srebrnego odznaczenia samorządu pielęgniarek i położnych „Zasłużony dla samorządu pielęgniarek i położnych”. Dwa złożone wnioski rozpatrzono negatywnie ze względu na nie spełnienie wymogu regulaminu – brak udokumentowania działalności na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do rad społecznych w 2 podmiotach leczniczych.
- ▶ Powołano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowisko kierownicze w podmiotach leczniczych – zastępcę dyrektora w podmiocie leczniczym.

oprac. mgr M. Kowalczyk – Sekretarz ORPiP



Warszawa, 21 stycznia 2015 r.

List otwarty do Premier Rządu Rzeczypospolitej Polskiej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych - reprezentujący grupę zawodową pielęgniarek i położnych - dostrzegają zagrożenia dla społeczeństwa polskiego, które wynikają z braku:

- reakcji Rządu RP na stale zmniejszającą się liczbę pielęgniarek i położnych,
- dialogu Rządu RP ze środowiskiem pielęgniarek i położnych na temat sposobów uniknięcia skutków nadciągającej katastrofy, która będzie wynikiem drastycznego ograniczenia świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarki i położne,
- strategii Rządu RP dotyczącej zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych ostrzegają, iż dalsze bagatelizowanie problemu grozi załamaniem się systemu opieki zdrowotnej.

Żądamy:

1. Określenia docelowego wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek na 1 tysiąc mieszkańców.
2. Zabezpieczenia kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych.
3. Wdrożenia polityki zatrudniania pielęgniarek i położnych:
 - zgodnie z przygotowaniem zawodowym;
 - zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym.

XXXI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych odbędzie się w dniu 6 marca 2015 r. (piątek) o godz. 9.00 w Urzędzie Miasta Łodzi, ul. Piotrkowska 104, budynek B, Duża Sala Obrad (II piętro).

4. Wdrożenia mechanizmów gwarantujących wynagrodzenie pielęgniarek i położnych:
 - zgodnie z przygotowaniem zawodowym;
 - zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym;
 - zgodnie z zakresem zadań realizowanych w praktyce zawodowej oraz zgodnie z zakresem odpowiedzialności jaką ponoszą,
5. Zabezpieczenia możliwości realizacji obowiązku kształcenia ustawicznego pielęgniarek i położnych.
6. Uregulowania kwestii norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wymaganych przy udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach, które są przedmiotem kontraktowania przez NFZ (w szczególności świadczeń udzielanych w trybie całodobowym) oraz ich ujednoczenia dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
7. Przeprowadzenia analizy zapotrzebowania na liczbę pielęgniarek i położnych w określonych specjalnościach, które wynikają z wymagań kwalifikacyjnych określonych przepisami prawa w sprawie świadczeń gwarantowanych, będących podstawą do wypracowywania „Katalogu priorytetowych dziedzin szkolenia specjalizacyjnego”.
8. Ustalenia liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa/położnictwa dla każdego województwa.
9. Pełnej informacji na temat działań Rządu RP prowadzących do niwelowania skutków braku pielęgniarek i położnych i jego negatywnego wpływu na zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia zdrowotne.

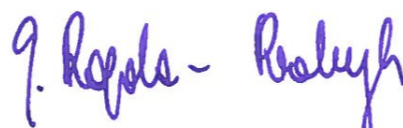
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych uznają, iż powaga sytuacji wymaga natychmiastowych działań.

Przewodnicząca ZK OZZPiP



Lucyna Dargiewicz

Prezes NRPiP



dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Opinia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie transfuzjologii klinicznej dla woj. łódzkiego

(opublikowana dzięki uprzejmości Przewodniczącej PTPAiO – mgr Elżbiety Janiszewskiej)

REGIONALNE CENTRUM
KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
w Łodzi
91-433 Łódź, ul. Franciszkańska 17/25
tel. 042 61 61 429, fax 042 61 61 499

Łódź, dnia 19.12.2014r.

RCKiK/II/9077a/14/2014

Szanowna Pani

mgr Elżbieta Janiszewska

Przewodnicząca PTPAiO w Łodzi

W nawiązaniu do pisma PTPAiO/OL/18/2014 z dnia 28.11.2014r. przekazuję odpowiedź na zadane pytania.

1. Kto może dokonywać przetaczania krwi i jej składników (podstawa prawna)?

Na podstawie art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. Nr 106, poz. 681, z późn. zm.) przetoczenia krwi mogą dokonywać wyłącznie:

-lekarz wykonujący zawód w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;

-na zlecenie lekarza pielęgniarka lub położna wykonująca zawód w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, pod warunkiem że odbyła organizowane przez regionalne centrum, Wojskowe Centrum lub Centrum MSW odpowiednie przeszkolenie praktyczne i teoretyczne potwierdzone zaświadczeniem.

2. Jakie kwalifikacje/szkolenie musi odbyć pielęgniarka, aby móc przetaczać krew i jej składniki (podstawa prawna)?

Na podstawie art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. Nr 106, poz. 681, z późn. zm.) Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 23 lutego 2005r. w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników oraz rozporządzenia z dnia 25 listopada 2005r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia szkolenie pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników, odbywa się w zakresie podstawowym oraz uzupełniającym w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Wojskowym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa lub Centrum MSW.

3. Jaki termin ważności obowiązuje dane szkolenie dla pielęgniarek?

Pielęgniarki i położne są obowiązane do odbycia szkolenia w zakresie uzupełniającym, w terminie 4 lat od dnia wydania zaświadczenia po szkoleniu w zakresie podstawowym. Szkolenie w zakresie uzupełniającym przeprowadza się nie rzadziej niż raz na 4 lata.

4. W jakiej formie przeprowadzane są szkolenia dla pielęgniarek i jaka jednostka organizacyjna jest do tego upoważniona?

Szkolenia dla pielęgniarek obejmują część teoretyczną i część praktyczną. Szkolenia są przeprowadzane w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Wojskowym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa lub Centrum MSW.

5. W jakim czasie podmiot leczniczy zobowiązany jest złożyć wniosek o przeprowadzenie szkolenia przed upływem terminu ważności zaświadczenia?

W aktualnych przepisach prawnych nie ma zapisu o obowiązku złożenia przez podmiot leczniczy wniosku o przeprowadzenie szkolenia do właściwej jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi przed upływem terminu ważności zaświadczenia.

W projekcie ustawy o krwiodawstwie i krwiolecznictwie w art.28 ust.1 pkt.5 jest zapis o obowiązku złożenia przez podmiot leczniczy wniosku o przeprowadzenie szkolenia do właściwej jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, co najmniej na 6 miesięcy przed upływem terminu ważności zaświadczenia.

6. Czy pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki, bądź studia wyższe drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, może przetaczać krew i jej składniki?

Pielęgniarka może przetaczać krew i jej składniki, pod warunkiem, że odbyła w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki, bądź studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo, szkolenie w zakresie podstawowym oraz uzupełniającym w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Wojskowym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa lub Centrum MSW.

7. Czy podczas rozpoczęcia przetaczania zawartości każdego pojemnika z krwią lub jej składnikami, powinien być obecny lekarz i przez jaki okres czasu?

Lekarz odpowiedzialny za przetoczenie powinien być obecny podczas rozpoczęcia przetoczenia zawartości każdego pojemnika z krwią i jej składnikami. Lekarz lub wyznaczona przez niego pielęgniarka(położna) są obowiązani do obserwacji pacjenta podczas przetoczenia i przez 12 godzin po jego zakończeniu.

8. W jakiego rodzaju dokumentacji pielęgniarka umieszcza fakt przetoczenia krwi i jak długo jest ona przechowywana?

Pielęgniarka odnotowuje informacje o zabiegu przetoczenia składników krwi w książce transfuzyjnej oraz w księdze raportów pielęgniarstkich. Dokumentację dotyczącą leczenia krwią i jej składnikami przechowuje się przez 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.

9. Czy pielęgniarka bez posiadania uprawnień/ szkolenia może przygotować pojemnik z krwią i jej składnikami do przetoczenia i w jakim zakresie (np. nakłuć pojemnik z krwią za pomocą aparatu do przetoczeń) - czy wyjątek stanowi stan bezpośredniego zagrożenia życia?

Pytanie należy skierować do biura prawnego Ministra Zdrowia.

10. Czy pielęgniarka bez posiadania uprawnień/ szkolenia może złożyć imienną pieczęć i podpis na krzyżówce oraz na karcie obserwacji parametrów w trakcie przetaczania krwi i jej składników?

Pytanie należy skierować do biura prawnego Ministra Zdrowia.

11. Czy obowiązkiem pielęgniarki jest sprawdzenie pojemnika z krwią i udokumentowanie faktu przetoczenia krwi i jej składników w książce transfuzyjnej?

Pielęgniarka jest odpowiedzialna za identyfikację biorcy i kontrolę dokumentacji medycznej przed przetoczeniem – na zlecenie lekarza. Kontrola zgodności biorcy z każdą jednostką krwi lub jej składnika przeznaczoną do przetoczenia jest przeprowadzana w obecności pacjenta i polega na:

- identyfikacji pacjenta poprzez porównanie jego imienia i nazwiska, daty urodzenia lub numeru PESEL oraz grupy krwi z danymi zawartymi w wyniku próby zgodności,
- porównaniu wyników badania grupy krwi zawartych w wyniku próby zgodności z grupą krwi na etykiecie pojemnika,
- porównaniu numeru donacji krwi lub jej składnika z numerem zawartym w wyniku próby zgodności,
- sprawdzeniu, czy jednostka krwi lub jej składnika została przygotowana zgodnie ze specjalnymi zaleceniami zawartymi w zamówieniu na krew i jej składniki,
- sprawdzeniu daty ważności krwi lub jej składnika.

Pielęgniarka odnotowuje informacje o zabiegu przetoczenia składników krwi w książce transfuzyjnej.

12. Dlaczego nie przewidziane są w RCKiK szkolenia w zakresie podstawowym i przypominającym dla perfuzjonistów dokonujących przetaczania krwi i jej składników?

RCKiK nie prowadzi szkoleń dla perfuzjonistów dokonujących przetaczania krwi i jej składników, albowiem nie ma stosownej delegacji ustawowej.

Z poważaniem

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie transfuzjologii klinicznej
dla województwa łódzkiego
lek. med. Dioniza Marciniak-Bielak

Wysokość składki na 2015 rok

Składka członkowska dla pielęgniarek i położnych prowadzących indywidualne bądź grupowe praktyki zawodowe w ramach działalności gospodarczej oraz innych członków samorządu nie wymienionych w § 2 pkt. 1–2 Uchwały Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 roku, zgodnie z § 2, ust. 1, pkt. 3 wynosi w 2015 roku – **41,39 zł.**

Pierwsza pielęgniarka z tytułem doktora habilitowanego nauk o zdrowiu w województwie łódzkim



Szanowni Państwo, jest nam miło poinformować o sukcesie naukowym Pani **Ewy Borowiak**, która jako pierwsza pielęgniarka w naszym województwie uzyskała tytuł naukowy doktora habilitowanego nauk o zdrowiu. Tytuł ten nadawany jest w drodze przewodu habilitacyjnego, do którego może być dopuszczona osoba, która posiada stopień naukowy doktora i wniosła udokumentowany (publikacje w czasopismach naukowych, wydanie książki/ek naukowej/ych) znaczny wkład naukowy. Doktor Ewa Borowiak jest wykładowcą na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi oraz przez wiele lat prowadzi kursy i szkolenia dla pielęgniarek i położnych uzupełniających swoje kwalifikacje w kształceniu podyplomowym. Poprosiliśmy Panią Doktor o prezentację czytelnikom Biuletynu swojej osoby i dorobku naukowego.

– Pani Doktor, poproszę na wstępie o przybliżenie nam swojej osoby.

– Jestem rodowitą łodzianką, tutaj się urodziłam i całe moje życie zawodowe i osobiste związane jest z naszym miastem. Dyplom pielęgniarki uzyskałam w 1985 roku po ukończeniu Liceum Medycznego nr 2 w Łodzi przy ul. Lipowej otrzymując świadectwo dojrzałości i tytuł pielęgniarki. Po ukończeniu szkoły średniej podjęłam pracę jako nauczyciel zawodu w Liceum Medycznym nr 4, później przekształconym w Medyczne Studium Zawodowe nr 3 w Łodzi, a 2002 roku Łódzki Kurator Oświaty nadał mi stopień awansu zawodowego – nauczyciel dyplomowany. Po podjęciu pracy w LM nr 4 rozpoczęłam kształcenie na studiach wyższych na Akademii Medycznej w Lublinie na kierunku pielęgniarstwo i w 1990 roku uzyskałam tytuł magistra pielęgniarstwa. Później w roku 1997 uzyskałam pierwszy stopień specjalizacji zawodowej w zakresie nauczania pielęgniarstwa (nadany przez Centrum Edukacji Medycznej w Warszawie). Od chwili gdy uruchomiono na ówczesnej Akademii Medycznej Oddział Pielęgniarstwa Wydziału Lekarskiego pracowałam jako nauczyciel przedmiotu a później wykładowca. Następnie w latach 2004–2010 otrzymałam stanowisko starszego wykładowcy w Katedrze Nauczania Pielęgniarstwa Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Jednocześnie pełniłam obowiązki najpierw kierownika Pracowni Pielęgniarstwa Internistycznego, później Zakładu Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Od 2010 roku jestem adiunktem w Katedrze Nauczania Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i obecnie pełnię funkcję kierownika Zakładu Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Prowadzę zajęcia dydaktyczne w zakresie badania fizykalnego, pielęgniarstwa geriatrycznego, pielęgniarstwa specjalistycznego: w schorzeniach naczyń oraz w chorobach układu oddechowego. Ponadto ukończyłam wiele kursów m.in. język migowy, warszta-

ty naukowe „Badanie fizykalne dziecka i osoby starszej”, BTLs Advanced Provider Course, kurs trenerów oceny stanu zdrowia i badania fizykalnego zorganizowany przez MCD Hahemann University School of Nursing Philadelphia (Pennsylvania), a w 2012 roku uzyskałam tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, wydany przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. Ponadto prowadzę wiele kursów dla pielęgniarek i położnych podnoszących swoje kwalifikacje w kształceniu podyplomowym głównie w zakresie badania fizykalnego, pielęgniarstwa zachowawczego i geriatrycznego.

– Jakże posiada Pani osiągnięcia dydaktyczne?

– Pracuję w zawodzie nauczyciela już blisko 30 lat. Przez ten okres wypracowałam ze słuchaczami i studentami wiele godzin nie tylko dydaktycznych ale i społecznych. Do moich ważnych osiągnięć dydaktycznych zaliczam m.in.: wyróżnienie i nagrody zespołowe drugiego i trzeciego stopnia za prace naukowe powstałe w ramach Studenckiego Koła Naukowego (2007 r.), sprawowanie opieki nad Sekcją Studenckiego Koła Naukowego w latach 2006–2008 i nad studentami studiów pierwszego stopnia tzw. pomostowych niestacjonarnych (ścieżki A) w roku akademickim 2004/06, pełnienie funkcji promotora 16 prac licencjackich oraz 22 prac magisterskich, opracowanie programów szczegółowych do realizowanych przedmiotów oraz wygłoszenie prelekcji lub wykładów w ramach szkolenia podyplomowego – łącznie w liczbie 700 godzin wygłoszonych wykładów i 900 godzin przeprowadzonych ćwiczeń na 15 specjalizacjach dla pielęgniarek czy na zajęciach w ramach szkolenia lekarzy rodzinnych z zakresu geriatry.

W mojej działalności dydaktycznej często wspieram się swoją działalnością naukową. Od roku 2009 jestem członkiem Rady Naukowej Czasopisma Polskiego Towarzystwa Naukowego „Problemy Pielęgniarstwa”. W ramach tej działalności byłam recenzentem wielu publikacji dotyczących problematyki pie-

lęgniarstwa. W latach 2007–2009 byłam głównym wykonawcą w projekcie badawczym własnym (finansowanym przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego) pod tytułem „Całościowa Ocena Geriatryczna rozszerzona o analizę jakości życia oraz oczekiwań na świadczenia opiekuńcze starszych mieszkańców obszarów miejskich i wiejskich oraz instytucji opiekuńczo-pielęgnacyjnych”. Kierownikiem projektu był prof. dr hab. n. med. Tomasz Kostka (kierownik Kliniki Geriatrii). Mój dorobek naukowy obejmuje współautorstwo około 32 oryginalnych opublikowanych pracach twórczych. Prace publikowane były m.in. w 6 recenzowanych czasopismach o wysokiej międzynarodowej renomie, takich jak: „Aging Clin Exp Res”, „Qual Life Res”, „J Adv Nurs”, „Eur J Clin Nutr”, „J Nutr Health Aging”, „Clin Interv Aging”. Oprócz regularnych publikacji, uzyskane wyniki naukowe prezentowałam w postaci ponad 24 prezentacji na międzynarodowych lub krajowych konferencjach. W 2007 r. za prezentację pracy nt. „Ocena jakości życia osób ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych powtarzalnymi hemodializami i dializami otrzewnowymi” otrzymałam pierwszą nagrodę zespołową.

– Doktor Ewa Borowiak to uznany dydaktyk ale i osoba znana również z pracy społecznej dla środowiska pielęgniarskiego. Jakże osiągnięcia w pracy społecznej Pani posiada?

– Od 1993 do 2013 roku czynnie współpracowałam z Wojewódzkim Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi. W czasie tej działalności pełniłam funkcje: kierownik kursu specjalistycznego dla pielęgniarek i położnych z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej, byłam egzaminatorem oraz wykładowcą. Przez wiele lat współpracowałam z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych jako członek Komisji ds. Kształcenia przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Pierwszym społecznym zadaniem było opracowanie programu przeszkolenia pielęgniarek powracających do pracy po przerwie dłuższej niż 5 lat. Za pracę społeczną zostałam wyróżniona w 1997 roku (nagrodą rzeczową) i 2011 roku (Odznaką za Zasługi dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych). Obecnie jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. W XIV i XV kadencji byłam wiceprzewodniczącą Zarządu Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Od 2013 r. jestem członkiem Zarządu Oddziału Łódzkiego PTP oraz członkiem Rady Naukowej przy Zarządzie Głównym PTP w Warszawie. W ramach działalności społecznej często opiniuję projekty aktów prawnych, organizuję konferencje naukowo-szkoleniowe oraz realizuję liczne szkolenia głównie pielęgniarek, ale i innych grup medycznych w zakresie różnorodnych problemów wynikających z opieki nad człowiekiem w zdrowiu i w chorobie.

– Pani Doktor, proszę o przedstawienie Czytelnikom przebiegu pracy naukowej, która doprowadziła do osiągnięcia takiego znamienitego tytułu.

– Od początku kształcenia pielęgniarek/położnych na AM w Łodzi, tj. od 1998 r. odpowiadałam za realizację wykładów z zakresu pielęgniarstwa internistycznego, geriatrycznego na li-

cencji i studiach magisterskich. Jako autorka wielu publikacji w cenionych czasopismach polskich i zagranicznych z tego zakresu oraz uczestniczka wstąpienia na kilkunastu krajowych i międzynarodowych konferencjach naukowych gromadziłam swój dorobek naukowy.

Konsekwencją mojej pracy naukowej była obrona w dniu 16 czerwca 2003 r. na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Łodzi rozprawy doktorskiej pt. „Aktywność ruchowa, sprawność funkcjonalna i jakość życia starszych mieszkańców Łodzi zamieszkujących w środowisku domowym i w domu pomocy społecznej”, której promotorem był prof. dr hab. n. med. Tomasz Kostka. Celem pracy była: ocena czynników wpływających na aktywność ruchową, sprawność funkcjonalną i jakość życia starszych mieszkańców Łodzi zamieszkujących w środowisku domowym i w domu pomocy społecznej (DPS) oraz stanu odżywienia i przydatności skróconej wersji kwestionariusza MNA-SF. Temat bardzo aktualny z uwagi na tendencje starzenia się społeczeństwa i zapewnienie pensjonariuszom DPS odpowiedniej jakości życia w tym trudnym do zaakceptowania okresie życia. Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 17 czerwca 2003 r. na wniosek komisji przeprowadzającej obronę pracy doktorskiej nadała mi tytuł doktora nauk medycznych w zakresie biologia medyczna.

Po uzyskaniu stopnia naukowego – doktora nauk medycznych – nadal prowadziłam badania. Jednocześnie, jako nauczyciel akademicki i wykładowca na kursach i szkoleniach w ramach kształcenia podyplomowego oraz czynny uczestnik licznych konferencji, dzieliłam się własnymi doświadczeniami publikując artykuły oryginalne w recenzowanych polskich i zagranicznych czasopismach medycznych, głównie z zakresu geriatry i pielęgniarstwa geriatrycznego. Za publikacje oryginalne posiadam (na dzień publikacji) łącznie 219 punktów Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz prawie 12 punktów Impact Factor ISI. Jestem również współautorem rozdziałów w dwóch podręcznikach (*Pielęgniarstwo internistyczne*. red. Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D. PZWL W-wa 2009 r.; *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. red. Wiczerowska-Tobis K., Talarska D. PZWL W-wa 2008 r.) i w jednej książce (*Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej*. red. Kilańska D. Makmed Lublin 2008). Oprócz regularnych publikacji, uzyskane wyniki naukowe prezentowałam podczas międzynarodowych lub krajowych konferencji. Przez Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi zostałam wyróżniona nagrodą za działalność naukową realizowaną w roku 2013. Uwieńczeniem wieloletniej pracy naukowej było opublikowanie na początku 2013 r. przez wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi mojej rozprawy habilitacyjnej pod tytułem: „Charakterystyka porównawcza oczekiwań osób starszych ze środowiska miejskiego, wiejskiego i instytucjonalnego na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne”. We wrześniu 2013 r. Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu UM w Łodzi, na wniosek komisji oceniającej mój dorobek naukowy, dopuściła mnie do dalszych etapów przewidzianych w przewodzie habilitacyjnym i wyznaczyła dwóch recenzentów mojej rozprawy habilitacyjnej. Kolejnych dwóch recenzentów wy-

znaczyła Centralna Komisja w Warszawie. W dniu 17 czerwca 2014 r. Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu UM w Łodzi po zapoznaniu się z czterema pozytywnymi recenzjami mojej rozprawy habilitacyjnej, przeprowadzeniu kolokwium habilitacyjnego i wysłuchaniu mojego wykładu habilitacyjnego pt. „Pielęgniarstwo transkulturowe” nadała mi tytuł doktora habilitowanego nauk o zdrowiu specjalność pielęgniarstwo. W dniu 18 grudnia 2014 r. Rektor Uniwersytetu Medycznego uroczyście wręczył mi dyplom doktora habilitowanego nauk o zdrowiu specjalność pielęgniarstwo.

– **Proszę o przybliżenie Czytelnikom tematyki rozprawy habilitacyjnej.**

– Tematem mojej rozprawy była „Charakterystyka porównawcza oczekiwań osób starszych ze środowiska miejskiego, wiejskiego i instytucjonalnego na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne”. Celem pracy była analiza poszczególnych aspektów całościowej oceny geriatrycznej, jakości życia, usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych realizowanych u seniorów oraz porównanie oczekiwań osób w podeszłym wieku ze środowiska miejskiego, wiejskiego i instytucjonalnego na ten rodzaj świadczeń. Badaniem objęłam 2627 osób w wieku powyżej sześćdziesięciu pięciu lat, zamieszkujących obszary miejskie (n=935), wiejskie (n=812) i instytucje pomocy społecznej (n=880). W czasie badania otrzymałam następujące wyniki:

Średni wiek dla całej kohorty wynosił 74.6±7.4. Mieszkańcy terenów wiejskich (82.8 proc.) częściej niż miejskich (51.2 proc.) wskazywali na rodzinę jako osoby sprawujące opiekę. Opiekę pielęgniarstwa (poza pensjonariuszami domów opieki społecznej – DPS) miało świadczoną tylko kilka procent mieszkańców miasta i wsi. Wśród respondentów zamieszkujących w środowisku domowym 28.9 proc. nie miało w ogóle świadczoną opiekę.

Osoby mieszkające w mieście z większym nasileniem dolegliwości bólowych oraz objęte opieką przez rodzinę częściej oczekiwały na kontynuację tej formy świadczeń.

Wśród badanych z obszarów wiejskich występowanie choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu, niższy poziom stanu poznawczego oraz świadczenie opieki przez bliskich istotnie zwiększały deklarowaną chęć korzystania z opieki oferowanej przez rodzinę. Natomiast samotne zamieszkiwanie, gorszy stan odżywienia oraz większe nasilenie niepokoju zwiększało oczekiwanie na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne realizowane przez pielęgniarki.

Badani zamieszkujących w środowisku domowym (na obszarach miejskich i wiejskich) z chorobą zwyrodnieniową układu ruchu objęci opieką bliskich częściej oczekiwali na świadczenie opieki przez rodzinę. Samotne zamieszkiwanie i gorszy stan odżywienia istotnie zwiększały deklarowaną chęć korzystania z opieki fachowej realizowanej przez pielęgniarki.

Pensjonariusze DPS z rozpoznaną chorobą zwyrodnieniową narządu ruchu oraz z osteoporozą wykazywali większą chęć korzystania ze świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych realizowanych przez pielęgniarki.

Analiza otrzymanych wyników umożliwiła sformułowanie kilku wniosków:

Osoby starsze mieszkające w środowisku wiejskim i w domach pomocy społecznej częściej niż mieszkańcy miast wykazują gorszy stan odżywienia, więcej objawów mogących świadczyć o depresji, niższy poziom sprawności funkcjonalnej i intelektualnej. Mieszkańcy miasta częściej niż badani z DPS czy respondenci z terenów wiejskich wykazują wyższy poziom subiektywnej oceny jakości życia mimo większego nasilenia występowania dolegliwości bólowych i niepokoju.

Tylko 4.1 proc. starszych mieszkańców obszarów miejskich i 6.5 proc. seniorów na wsi korzysta z opieki pielęgniarstwa. Beneficjentami opieki pielęgniarstwa zarówno w środowisku miejskim jak i wiejskim są częściej seniorzy po przebytych udarach mózgu, z niższym poziomem sprawności funkcjonalnej i intelektualnej oraz z gorszym stanem odżywienia. Świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne w miejscu zamieszkania w środowisku miejskim są częściej realizowane w stosunku do osób starszych, z cukrzycą, niewydolnością krążenia, chorobą niedokrwienną serca, układu oddechowego oraz systematycznie stosujących większą liczbę leków. Wydaje się, że osoby starsze mieszkające w środowisku wiejskim korzystają ze świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych dopiero przy znacznym nasileniu problemów zdrowotnych.

Badani mieszkańcy terenów miejskich, wiejskich czy instytucji opiekuńczej charakteryzują się różnymi oczekiwaniami na poszczególne świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne. Blisko 45 proc. seniorów mieszkających w środowisku domowym oczekuje na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne realizowane przez pielęgniarki. Jednocześnie tylko 1.6 proc. osób starszych w ogóle nie oczekuje pomocy. Samotne zamieszkiwanie zwiększa zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne.

Osoby po sześćdziesiątym piątym roku życia, które mają zapewniłą opiekę przez rodzinę wykazują mniejsze oczekiwania na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne realizowane przez pielęgniarki. Należy wspierać rodzinę, aby jak najdłużej mogła sprawować opiekę nad bliskimi w podeszłym wieku.

Wiele elementów całościowej oceny geriatrycznej decyduje o oczekiwaniach na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne. Dlatego COG powinna być wprowadzona do standardu opieki pielęgniarstwa nad osobami w podeszłym wieku.

Mam cichą nadzieję, że prezentowane przeze mnie wyniki będą wykorzystane w doskonaleniu standardów opieki pielęgniarstwa i geriatrycznej nad osobami w wieku podeszłym i początkiem dyskusji nad oceną zdolności osób starszych do samoopieki oraz planowaniem opieki nad populacją seniorów w naszym kraju.

– **Pani Doktor, dziękuję za przeprowadzoną rozmowę i życzę dalszych sukcesów w pracy naukowej i otrzymania następnego tytułu naukowego – tytułu profesora. Pani ogromny dorobek naukowy i doświadczenie zawodowe jest przykładem, że pielęgniarstwo rozwija się a Pani sukces jest ważny dla naszego środowiska zawodowego pielęgniarstwa i położnych.**

– Dziękuję za życzenia i możliwość rozmowy.

(J.G.)



Pierwsza pomoc: SKRĘCENIA, ZWICHNIĘCIA I ZŁAMANIA

mgr BARBARA KWINTAL



Ratowanie osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest obowiązkiem każdego człowieka nie tylko z moralnego, ale i z prawnego punktu widzenia. Polskie prawo reguluje obowiązek udzielenia pierwszej pomocy w następujących aktach prawnych:

- Kodeksie Karnym (art. 162),
- Kodeksie Wykroczeń (art. 93),
- Kodeksie Drogowym na podstawie ustawy prawo o ruchu drogowym (art. 44),
- ustawie o państwowym ratownictwie medycznym (art. 4).

Wyżej wymienione akty prawne nakładają na nas jako obywateli naszego kraju pewne obowiązki, jednocześnie zwiększając nasze uprawnienia w trakcie wykonywania czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Ustawa o państwowym ratownictwie medycznym podaje też podstawowe definicje związane z zagadnieniami poruszonymi w niniejszym artykule, takie jak:

Pierwsza pomoc zdefiniowana jako zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, oraz produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego określony jako stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Najdalej idące konsekwencje nie udzielenia pierwszej pomocy określono w § 1 art. 162 Kodeksu Karnego: „Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebez-

pieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”. Jednocześnie w § 2 niniejszego artykułu ustawodawca zakłada, że: „Nie popełnia przestępstwa, kto nie udziela pomocy, do której jest konieczne poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej.”

Ustawa prawo o ruchu drogowym (Kodeks Drogowy) w art. 44 zakłada, iż: (...) jeżeli w wypadku jest zabity lub ranny, kierujący pojazdem jest obowiązany ponadto: 1) udzielić niezbędnej pomocy ofiarom wypadku oraz wezwać zespół ratownictwa medycznego i Policję (...). Konsekwencje niespełnienia tego przepisu określa Kodeks Wykroczeń, który w art. 93 § 1 przewiduje, iż: „Prowadzący pojazd, który, uczestnicząc w wypadku drogowym, nie udziela niezwłocznej pomocy ofierze wypadku podlega karze aresztu albo grzywny.” A także zgodnie z § 2 orzeka się wobec niego zakaz prowadzenia pojazdów.

W art. 4 ustawy o państwowym ratownictwie medycznym zapisano, iż: „Kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności ma obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu podmiotów stawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.” Wg zapisów przedmiotowej ustawy: „Osoba udzielająca pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmująca medyczne czynności ratunkowe korzysta z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych”.

„Osoba, ta może poświęcić dobra osobiste innej osoby, inne niż życie lub zdrowie, a także dobra majątkowe w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego”. (art. 5)

„Osobie, która poniosła szkodę na mieniu powstałą w następstwie udzielania przez nią pierwszej pomocy, przysługuje roszczenie o naprawienie tej szkody od Skarbu Państwa reprezentowanego przez wojewodę właściwego ze względu na miejsce powstania szkody” (art. 6).

Nie mam zamiaru nikogo straszyć konsekwencjami nie udzielenia pomocy, chcę jedynie uświadomić, że takie regulacje prawne istnieją. Pragnę także zwrócić uwagę, iż nie można nas ukarać za to, że chcieliśmy komuś pomóc – o ile przestrzegamy zasad udzielania pierwszej pomocy i nie przekraczamy swoich uprawnień – w wyniku, czego doszło do wystąpienia powikłań u ratowanej osoby. Należy pamiętać, iż największą szkodę może przynieść nam i poszkodowanemu zaniechanie podjęcia czynności ratowniczych.

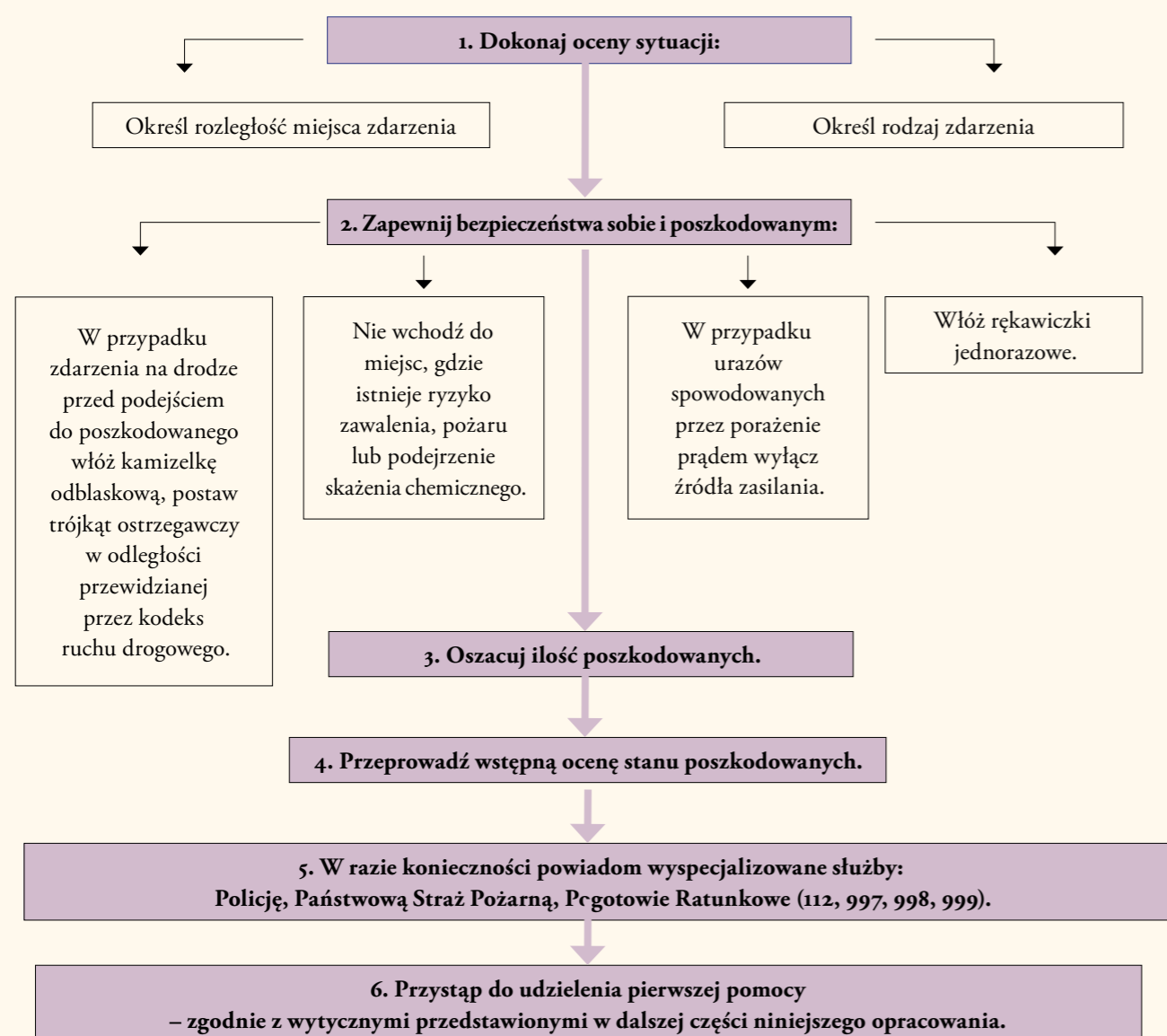
Cykl artykułów, który rozpoczyna niniejsza publikacja, ma na celu przypomnienie zasad udzielania pierwszej pomocy

w stanie nagłego zagrożenia, zapoznanie z nowymi trendami (rok 2015 jest rokiem w którym Polska Rada Resuscytacji uaktualni algorytm postępowania w nagłym zatrzymaniu oddechu i krążenia) i przełamane niektórych kontrowersyjnych mitów na ten temat.

Przed omówieniem szczegółowego sposobu postępowania ratunkowego należy przypomnieć najważniejszą zasadę, której należy bezwzględnie przestrzegać w trakcie ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, która brzmi następująco:

Zadbaj o własne bezpieczeństwo, bezpieczeństwo poszkodowanego oraz świadków zdarzenia. Pamiętaj, że od podjętych przez ciebie działań zależy życie i zdrowie twoje i poszkodowanych.

Ogólne zasady udzielania pierwszej pomocy



Okres zimowy sprzyja urazom narządu ruchu, w związku z powyższym rozpoczniemy cykl artykułów od przypomnienia zasad postępowania w przypadku: skręceń, zwichnięć i złamań – najczęściej występujących urazów dotyczących układu kostno-stawowego człowieka.

Skręcenia i zwichnięcia

Skręcenie (*distorsio*) – jest to zamknięte uszkodzenie stawu spowodowane jego gwałtownym rozciągnięciem lub wykręceniem, skutkujące urazem torebki stawowej i więzadła.

Zwichnięcie (*luxatio*) – to całkowite przemieszczenie względem siebie powierzchni stawowych, prowadzące do rozerwania elementów stabilizujących staw, takich jak torebka stawowa i więzadła.

Typowe objawy ww. obrażeń to:

- obrzęk (*oedema*),
- zasinienie (*haematoma*),
- ból (*dolor*) samoistny, uciskowy i przy ruchach,
- dodatkowo w przypadku zwichnięcia: zniekształcenie obrysu stawu oraz brak ruchów czynnych.

Pierwsza pomoc polega na:

- lokalizacji i odsłonięciu miejsca urazu,
- pozostawieniu poszkodowanego w spoczynku (pacjent nie może chodzić na chorej kończynie),
- wyeliminowaniu lub ograniczeniu do minimum ruchów w obrębie stawu objętego urazem (może to spowodować uszkodzenie nerwów i naczyń!),
- wykonaniu doraźnego unieruchomienia stawu (w przypadku zwichnięcia w pozycji zastanej, natomiast w razie skręcenia w pozycji zbliżonej do fizjologicznej)
- unieruchomieniu kończyny zgodnie z zasadą Potta obejmując sąsiadujące kości. W przypadku:
 - 1) stawu skokowego oznacza to unieruchomienie stopy w stosunku do podudzia;
 - 2) kolana: podudzia względem uda;
 - 3) barku: ramienia względem tułowia,
 - 3) zwichnięcie stawu biodrowego przez obandażowanie miednicy i obu kończyn.
 unieruchomienie należy wykonać przy użyciu chusty trójkątnej, szyny ortopedycznej tzw. Kramera oraz bandaża elastycznego. W przypadku ich braku, unieruchomienia można dokonać używając dostępnych na miejscu zdarzenia przedmiotów np. szalika, kawałków kartonu, patyka, parasola, itp.,
- w miarę możliwości działaniu przeciwbólowym i przeciwobrzętkowym, czyli podaniu leków dostępnych bez recepty i zastosowaniu: zimnego okładu i uniesieniu kończyny powyżej poziomu serca.

Złamania

Złamanie (*fraktura*) – jest to całkowite lub częściowe przerwanie ciągłości kości, a także towarzyszące temu rozdarcie okost-

nej, wylew krwawy, zastój krwi żyłnej i chłonki, uszkodzenie przyległych stawów i mięśni z zaburzeniami ich fizjologicznej równowagi spowodowane przyłożeniem siły urazowej przekraczającej granicę wytrzymałości kości.

Rodzaje złamań:

Podział ze względu na obecność kontaktu złamanej kości z otoczeniem:

- zamknięte – dochodzi do uszkodzenia kości bez naruszenia ciągłości skóry;
- otwarte – złamaniu towarzyszy widoczna rana, a odłamki kości przebijają skórę.

Podział ze względu na obecność dyslokacji:

- bez przemieszczenia, gdy nie dochodzi do przemieszczenia odłamów (tzw. złamania typu „zielonej gałązki”);
- z przemieszczeniem dochodzi do przemieszczenia odłamów.

Najczęściej występujące typy złamań ze względu na wiek poszkodowanych:

- u dzieci: złamania typu „zielonej gałązki”, gdzie z powodu grubej okostnej nie dochodzi do przemieszczeń nawet gdy ma miejsce całkowite złamanie kości.
- u osób dorosłych: złamania kości przedramienia, udowej, miednicy (wypadki motocyklowe), złamania kości kręgosłupa (skoki i/lub upadki z wysokości), złamania żeber.
- u seniorów: złamania szyjki kości udowej

Typowe objawy złamania to:

- deformacja w obrębie miejsca urazu (*deformatio*),
- patologiczne ułożenie (*positiopathologica*),
- tarcie odłamów (*crepitatio*),
- otwarta rana z widocznymi odłamkami kości przy złamaniu otwartym,
- ruchomość patologiczna (*mobilitasanormalis*),
- obrzęk (*oedema*),
- zasinienie (*haematoma*),
- ubytek funkcji (*functiolaesa*) – brak ruchomości,
- ból (*dolor*) samoistny, uciskowy i przy ruchach (często o szczególnie dużym natężeniu).

Mogą wystąpić także objawy ogólnoustrojowe: przyspieszenie tętna, oddechu, spadek ciśnienia, utrata świadomości, wstrząs urazowy, zator, niedowład.

Pierwsza pomoc w złamaniach to w szczególności:

- dokonanie oceny ogólnego stanu poszkodowanego,
- zlokalizowanie i odsłonięcie miejsca urazu (jeśli jest to możliwe)
- działanie przeciwbólowe i przeciwobrzętkowe
- zaopatrzenie złamania otwartego jałowym opatrunkiem osłaniającym (bez odprowadzania sterczących elementów kości do wnętrza rany) lub opatrunkiem uciskowym w przypadku krwawienia
- wykonanie unieruchomienia odpowiednio do okolicy urazu zgodnie z zasadą Potta
- nie należy zmieniać pozycji uszkodzonej kończyny,

- dbałość o spokój i komfort termiczny poszkodowanego
- rozważenie wezwania pomocy medycznej, obserwuj poszkodowanego.

Ogólne zasady unieruchamiania złamań:

Dotyczące obrażeń kończyn – należy niezwłocznie po stwierdzeniu obecności obrażeń wykonać:

- usunąć wszystkie elementy (obuwie, zegarek, biżuteria) które mogą w miarę narastania obrzęku powodować ograniczenie krążenia w kończynie,
- wykonać stabilizację kończyny w pozycji zbliżonej do fizjologicznej w razie braku możliwości w pozycji zastanej przy użyciu wyrobów medycznych np. szyny ortopedycznej typu Kramera lub Sam splinti, bandaża lub w przypadku ich braku należy użyć dostępnych na miejscu zdarzenia przedmiotów stosując obłożenie sztywnymi przedmiotami, takimi jak: patyk, deska, zrolowany koc czy części garderoby które dopasują się do kształtu kończyny. Dodatkowo zaleca się stabilizację bocznych powierzchni kończyny aby uniemożliwić jej ruchy na boki.
- dostosować unieruchomienie do uszkodzonej kończyny, tak aby obejmowało ono staw powyżej i poniżej miejsca złamania (zasada Potta)
- bandażować szynę/przedmiot sztywny do uszkodzonej kończyny od części dystalnej do proksymalnej,
- stosować unieruchomienie anatomiczne polegające na połączeniu uszkodzonej części ciała ze zdrową. Kończyny górne unieruchamia się do tułowia a dolne jedna do drugiej w przypadku palców łączy się złamany palec ze zdrowym,
- kontrolować na uszkodzonej kończynie tętno, jego brak jest bezwzględny wskazaniem do jak najszybszego transportu poszkodowanego do placówki medycznej.

Dotyczące obrażeń obojczyka:

- ułóż rękę poszkodowanego w poprzek klatki piersiowej tak aby jego dłoń sięgnęła do przeciwnego obojczyka następnie unieruchom rękę w tej pozycji przy użyciu chusty trójkątnej lub poły swetra, czy płaszcz.

Dotyczące żeber:

- nie należy stosować żadnych unieruchomień, czy stabilizacji żeber (za wyjątkiem wiotkiej klatki piersiowej)
- nie należy bandażować klatki piersiowej (profilaktyka niedodmy płuc).

Dotyczące obrażeń kręgosłupa/miednicy:

- przy złamaniach kręgosłupa oraz miednicy staraj się, do momentu przybycia pomocy medycznej, jak najmniej ingerować w położenie poszkodowanego, jeśli jednak zaistnieje taka

konieczność poszkodowany powinien mieć zabezpieczoną szyję (kołnier, koc, poduszka), poszkodowany powinien leżeć na płaskiej twardej powierzchni

- przy podejrzeniu obrażeń kręgosłupa szyjnego należy do chwili pojawienia się zespołu ratownictwa medycznego stosować ręczną stabilizację głowy i szyi (bez ich rotacji).
- Pamiętaj, należy wezwać pomoc medyczną zawsze, gdy masz do czynienia ze złamaniem otwartym lub jeśli złamanie dotyczy dużych kości oraz gdy transport poszkodowanego własnym środkiem jest utrudniony lub mógłby pogorszyć jego stan.
- Jednakże należy pamiętać, iż nie każdy poszkodowany musi być transportowany do szpitala przez zespół ratownictwa medycznego.

Inne ważne uwagi:

- Jeśli nie jesteś w stanie jednoznacznie zdiagnozować rodzaj urazu (skręcenie, zwichnięcie, złamanie) postępuj tak jak przy złamaniu!
- Ruch powoduje zwiększenie przepływu krwi przez uszkodzone części co zwiększa obrzęk stąd wskazany spoczynek!
- Zimne okłady z lodu lub opatrunki chłodzące stosować nie dłużej niż 30 minut. Po tym czasie może dojść do odmrożenia lub uszkodzenia nerwów!
- Pamiętaj aby opatrunek uciskający z bandaża elastycznego zakładać poniżej urazu i kierować się okrężnymi ruchami w górę zmieniając ucisk, tak aby największy był w miejscu urazu. Czas utrzymania opatrunku to 18–24 godziny. Takie postępowanie dotyczy skręceń!
- Jeśli podejrzewasz złamanie, nie unosz kończyny!

Bibliografia:

1. DZ.U. 1997 nr 88 poz. 553. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.
2. DZ.U. 1971 nr 12 poz. 114. Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń.
3. Dz. U. z 1997 r. Nr 98, poz. 602 Ustawa Prawo o ruchu drogowym. (z późn.zm.)
4. DZ.U. 2006 nr 191 poz. 1410. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. (z późn. zm.)
5. Zawadzki A. (red.). Medycyna ratunkowa i katastrof, PZWL 2011.
6. Campell John E. (red.). International Trauma Life Support, Medycyna Praktyczna 2009.
7. Noszczyk W. (red). Chirurgia T.1, PZWL 2005.
8. Borowczak A. I Ty możesz pomóc!, RESQ 2008.
9. Głuszek S. (red). Chirurgia, Czelej 2008.

mgr Barbara Kwintal

Instytut CZMP

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego
Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych
i Intensywnej Opieki

Zastosowanie zabiegu plazmaferezy w leczeniu miastenii

mgr KATARZYNA BABSKA

Plazmafereza – lecznicza wymiana osocza (TPE – *therapeutic plasma exchange*) – metoda terapeutyczna, której istotą jest oddzielenie osocza wraz z obecnymi czynnikami chorobotwórczymi od elementów morfotycznych krwi. Wy różnia się plazmaferezę nieselektywną, podczas której dochodzi do wymiany osocza i zastąpienia go płynem substytucyjnym, oraz plazmaferezę kaskadową, w której następuje zwrot oczyszczonego osocza bez konieczności podawania płynów substytucyjnych.

Usuwanie czynniki związane są z odpowiedzialnością immunologiczną i są to: autoprzeciwciała, alloprzeciwciała, immunoglobuliny, kompleksy immunologiczne, białka monoklonalne, mediatory zapalenia (cytokiny, prostaglandyny). Po utracie wymienionych czynników, zazwyczaj następuje szybka ich odbudowa. To sprawia, że zabieg jest bezpieczny.

U osób często poddawanych plazmaferezom, odległym następstwem może być spadek liczby limfocytów T i B, utrzymujący się przez kilka miesięcy.

Terapia znajduje zastosowanie w leczeniu schorzeń nefrologicznych, neurologicznych i hematologicznych. W neurologii znalazła zastosowanie w chorobach autoimmunologicznych o przewlekłym i ciężkim przebiegu opornym na leczenie.

Najczęściej, wymiana osocza prowadzona jest w zapalnych polineuropatiach demielinizacyjnych, zespole Guillain-Barre, wieloogniskowej neuropatii ruchowej, ostrej postaci stwardnienia rozsianego, ciężkiej miastenii rzekomoporaźnej, zespole Lamberta-Eatona.

Warunkiem technicznym, umożliwiającym przeprowadzenie zabiegu jest specjalistyczny sprzęt, w skład którego między innymi wchodzi aparat przeznaczony do pozaustrojowego oczyszczania krwi i wysoko przepuszczalny filtr kapilarny, z porami o dużej wielkości tzw. plazmafiltr. Budowa filtra wykorzystanego do terapii, pozwala skutecznie usunąć patogenne autoprzeciwciała zawarte głównie w immunoglobulinach klasy G (IgG), klasy M (IgM) i klasy A (IgA).

Najczęściej wykonuje się wymianę jednej objętości osocza w trakcie zabiegu, w odstępach 24-godzinnych. Jednakże, częstość wykonywania zabiegów, powinna być uzależniona od szybkości gromadzenia patogennej cząsteczki. Z tego względu, jeśli można kontrolować stężenie substancji patogennej – schemat terapii powinien być zaplanowany na podstawie wskazań kinetycznych tak, aby uzyskać znaczącą redukcję danej substan-

cji. Leczenie prowadzone bez identyfikacji czynnika patogenego oparte jest na empirycznie ustalonych rekomendacjach.

Kolejnym warunkiem przeprowadzenia skutecznej plazmaferezy jest założenie dobrego dostępu naczyniowego. Standardowo powinien to być cewnik dwukanałowy, wprowadzony do żyły głównej górnej przez żyłę szyjną wewnętrzną, lub żyłę



Fot. 1. Cewnik dwukanałowy podobojczykowy (rzadziej dostęp do udowy) (fot. 1).

Usunięte podczas plazmaferezy osocze uzupełnia się tzw. płynem substytucyjnym, najczęściej – izoonkotycznym roztworem białek (4–5-proc. roztwór albuminy ludzkiej, albo osocze świeżo mrożone – z uwagi na możliwość wystąpienia reakcji anafilaktycznej, stosowane tylko w uzasadnionych przypadkach). U osób z prawidłową gospodarką białkową, część płynu substytucyjnego może stanowić roztwór koloidowy (Dekstran 70, HAES) lub elektrolitowy (płyn wieloelektrolitowy PWE, płyn Ringera). Podczas zabiegu płyn jest podgrzewany do temperatury ciała (zapobieganie ryzyku hipotermii). Ilość podanego płynu substytucyjnego równa jest objętości usuniętego osocza. Ustalenie objętości wymiany osocza, odbywa się indywidualnie, w oparciu o wzrost, masę ciała oraz wartość hematokrytu pacjenta.

Objętość osocza	Wartość hematokrytu
34–40 ml/kg mc	prawidłowe wartości
35 ml/kg mc	poniżej normy

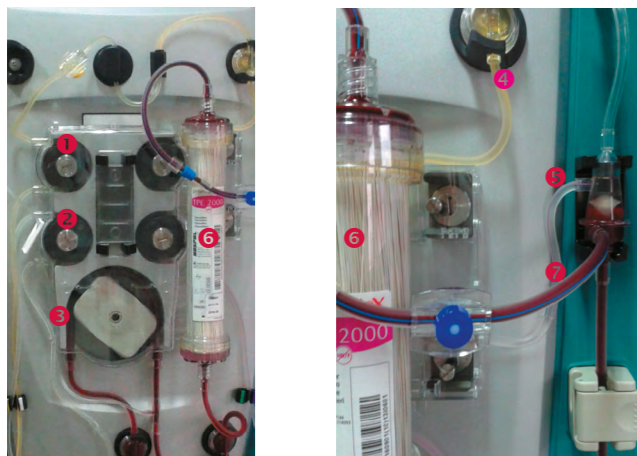
Przed przystąpieniem do zabiegu, należy ustalić dokładną dawkę plazmaferezy tzn. obliczyć całkowitą objętość krwi krążącej (TBV, total blood volume), objętość krwinek czerwonych (RBV, red cell volume) i objętość osocza.

Przykład obliczania objętości osocza:

- masa ciała pacjenta – 80 kg,

- hematokryt – 45%
- $TBV = 80 \times 65$ (wskaźnik z tabeli) = 5200 ml
- $RBV = 5200 \times 45/100 = 2340$ ml
- objętość osocza = 5200 – 2340 = 2860 ml

Optymalna szybkość przepływu krwi w trakcie TPE powinna wynosić 100–150 ml/min. Wówczas usunięcie osocza jest na poziomie 20–30 proc. objętości krwi przepływającej przez plazmafiltr. Zbyt szybkie usuwanie osocza może prowadzić do zaburzenia równowagi hemodynamicznej organizmu, a także do nadmiernego zagęszczenia krwi i w konsekwencji zwiększonego ryzyka wykrzepiania w filtrze (fot. 2).



Fot. 2. Fragment układu linii i filtra do zabiegu plazmaferezy

- 1 Pompa odprowadzająca usuwane osocze.
- 2 Pompa podająca płyn substytucyjny.
- 3 Pompa podająca krew.
- 4 Dren odprowadzający usuwane przez filtr osocze.
- 5 Dren wprowadzający płyn substytucyjny do krwi (za filtrem).
- 6 Plazmafiltr – przepływ krwi od dołu ku górze.
- 7 Dren powrotu żylnego.

Najczęściej usuwa się około 700–1000 ml osocza na godzinę. Usunięte w plazmafiltrze osocze, uzupełniane jest dopiero poza nim, płynem substytucyjnym. Powoduje to wzrost hematokrytu krwi w kapilarach plazmafiltru i ryzyko powstania skrzepów. Rutynowe podawanie w trakcie zabiegu heparyny niefrakcjonowanej jest stałym elementem, który zapobiega wykrzepianiu. Najczęściej, początkowa dawka heparyny to 70–80 j./kg mc podane w bolusie. Podczas zabiegu roztwór podawany jest przez pompę we wlewie ciągłym, w ilości 15–29 j./kg mc.

Powikłania, które mogą wystąpić w trakcie zabiegu to: pokrzywka, parestezje, nudności, zawroty głowy oraz skurcze mięśni kończyn dolnych.

Powikłania		
Zbyt mała ilość płynów onkologicznie czynnych ↓ spadki ciśnienia, bóle w klatce piersiowej, komorowe zaburzenia rytmu serca	Zaburzenia w układzie krzepnięcia ↓ skazy krwotoczne lub stany nad krzepliwości	Odczyny anafilaktyczne (osocze świeżo mrożone) ↓ nagły spadek ctk, świąd skóry, rumień, wysypka

Przeciwwskazaniem do wymiany osocza jest głównie niewydolność sercowo-krążeniowa, zaburzenia krzepnięcia krwi, alergja oraz zespół niedoboru przeciwciał.

Zabieg monitoruje pielęgniarka posiadająca duże doświadczenie w prowadzeniu technik ciągłego oczyszczania krwi. Zlecenia plazmaferezy przygotowuje lekarz, w oparciu o aktualne wskaźniki laboratoryjne wybranych badań tj: proteinogram (oznaczenie stężenia białek), koagulogram (czas krzepnięcia), stężenie immunoglobulin.

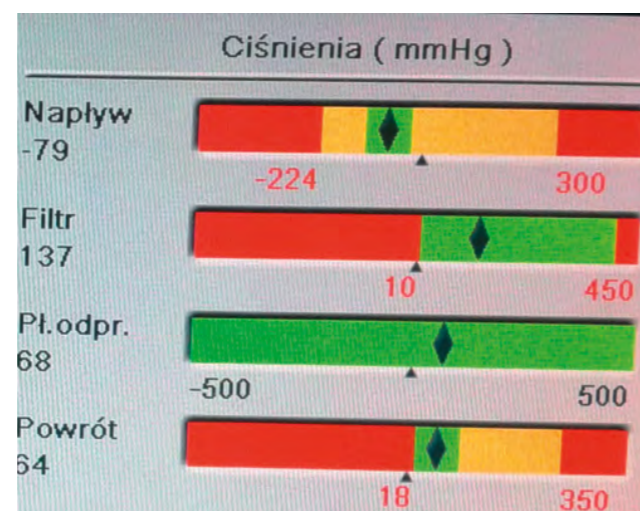
Świadczenia pielęgniarskie:

W opiece pielęgniarskiej, podstawowym elementem przygotowania chorego do plazmaferezy jest:

- skontrolowanie parametrów życiowych tj. ciśnienia tętniczego krwi, tętna,
- pomiar masy ciała,
- sprawdzenie wartości hematokrytu,
- sprawdzenie drożności dostępu naczyniowego. Utrudnienia spowodowane zbyt słabym przepływem krwi podczas zabiegu – uniemożliwią jego przeprowadzenie.

Pielęgniarka przygotowuje aparat do pracy zaopatrując go w odpowiedni układ linii z filtrem i przeprowadza procedurę wypełnienia układu solą fizjologiczną. Gromadzi wskazane w zleceniu zabiegu preparaty. Przygotowuje płyn substytucyjny i antykoagulację.

W trakcie TPE, ocenia stan ogólny pacjenta pod kątem wystąpienia możliwych powikłań, kontroluje parametry życiowe oraz parametry techniczne zabiegu, zwracając szczególną uwagę na zakresy ciśnień. Zbyt duży i postępujący wzrost ciśnienia w plazmafiltrze, może być objawem wykrzepiania. Wysokość ciśnienia napływu i powrotu krwi jest wykładnikiem drożności dostępu naczyniowego (fot. 3).



Fot. 3. Monitor poziomu ciśnień w trakcie plazmaferezy. Aktualne wartości napływu tętniczego (-79mmHg) i powrotu żylnego krwi (64mmHg). Aktualne ciśnienie w filtrze 137 mmHg

Pielęgniarka prowadzi obserwację pacjenta pod kątem powikłań ogólnoustrojowych. W przypadku stwierdzenia niepokojącego objawu, okresowo wstrzymuje zabieg wymiany osocza

i niezwłocznie powiadamia lekarza, który podejmuje decyzję o kontynuowaniu bądź zakończeniu terapii.

Po zakończeniu zabiegu, pielęgniarka wypełnia kanały cewnika heparyną według zleceń lekarza i zabezpiecza drogę, która jest dostępem naczyniowym wyłącznie do plazmaferezy! (fot. 4). Wszystkie obserwacje i procedury przeprowadzone w trakcie zabiegu są dokumentowane.



Fot. 4. Fragment cewnika do plazmaferezy. Kanał tętniczy i żylny.

Wskazania pojemności kanału tętniczego (A) i żylnego (V) służą pielęgniarkie do przygotowania odpowiedniej ilości antykoagulantu wypełniającego kanały cewnika między zabiegami

Zastosowanie plazmaferezy u pacjenta z rozpoznaną miastenią

Miastenia rzekomoporaźna – nabyta, przewlekła choroba, charakteryzująca się nużliwością (szybkim zmęczeniem i osłabieniem) mięśni szkieletowych. Jej przyczyną jest proces autoimmunologiczny, w którym przeciwciała blokują połączenia między nerwami a mięśniami, osłabiając przepływ sygnału wymaganego do prawidłowej pracy mięśni. Proces skierowany jest przeciwko receptorom acetylocholinowym, w wyniku czego występuje zaburzenie przekazywania „informacji” z nerwu do mięśnia (w warunkach fizjologii – rolę przenoszenia informacji pełni acetylocholina, doczepiając się do receptorów w komórce mięśniowej). W rezultacie mięśnie stają się słabe i łatwo się męczą. W szczególności zaatakowane są mięśnie oczu, gardła, twarzy i kończyn.

Dokładna przyczyna choroby nie jest znana, ale może pojawić się u osób z przetrwałym gruczołem grasicy, który odgrywa główną rolę w wytwarzaniu przeciwciał. Grasica u dorosłego człowieka powinna ulec zanikowi, natomiast u chorych z miastenią stwierdza się przetrwałą obecność i czynność tego gruczołu w 60 proc., a w 15 proc. guz łagodny zwany grasiczakiem. W niektórych przypadkach usunięcie grasicy powoduje ustąpienie dolegliwości. W rozpoznaniu, badania diagnostyczne wykazują obecność przeciwciał uszkadzających receptory acetylocholinowy.

Objawy choroby:

- opadanie powiek – jednostronnie, obustronnie lub naprzemiennie,
- rozdwojenie obrazu;
- zmiana mimiki twarzy z tzw. uśmiechem poprzecznym,

- opadanie żuchwy,
- osłabienie gryzienia, żucia i połykania pokarmów, nasilające się w miarę jedzenia,
- osłabienie głosu i niewyraźna mowa w miarę wydawania głosu,
- opadanie głowy,
- osłabienie mięśni rąk w czasie mycia zębów, czesania włosów, golenia się,
- osłabienie siły mięśni nóg przy chodzeniu, upadki podczas biegu,
- zaburzenia oddychania.

Nasilenie objawów powodują infekcje wirusowe lub bakteryjne, gorączka, nadmierne przegrzanie, przemęczenie fizyczne, stresy emocjonalne, zaburzenia funkcji tarczycy, obniżenie poziomu potasu (wymioty, biegunki, odwodnienie), u kobiet – miesiączka i ciąża,

Metody leczenia:

- w pierwszej kolejności – środki przyspieszające przepływ impulsów pomiędzy nerwami i mięśniami,
- usunięcie grasicy u pacjentów z rozpoznaniem grasiczakiem,
- hormony kory nadnerczy oraz leki immunosupresyjne,
- chemioterapia – w bardzo poważnych przypadkach,
- plazmafereza – usuwając przeciwciała, może znacznie złagodzić objawy na pewien okres czasu.

Opis przypadku

Pacjent K.P., lat 73 (2014 r.), przyjęty do szpitala z nasileniem objawów ciężkiej miastonii rzekomoporaźnej. Chorobę rozpoznano u niego w wieku 69 lat i leczono przez 3 lata ambulatoryjnie. Badanie TK nie wykazało obecności grasiczaka. Rok temu (72 lata) w wyniku nasilenia objawu opadania powiek i zaburzeń połykania pacjent hospitalizowany, wymagał zastosowania cyklu plazmaferez. Po wykonaniu 5 zabiegów stan uległ poprawie. W dalszym leczeniu ambulatoryjnym zastosowano sterydoterapię. Obecnie z wywiadu wynika, że u pacjenta po przebyciu infekcji bakteryjnej (zapalenie oskrzeli), od 3 tygodni wystąpiło nasilenie objawu opadania powiek i trudności w przełykaniu, oraz bardzo duża męczliwość. Pacjent zakwalifikowany do leczenia cyklem plazmaferez.

Zalecenia terapii potrzebne do przygotowania plazmaferezy.

Masa ciała	110,0kg	
Hematokryt	HCT 43%	
Antykoagulacja	Bolus 4000j	Wlew 1000j/h
Objętość wymiany	3000 ml	
Albuminy	Stężenie 20%	Ilość 5x 100 ml
Płyn wieloelektrolitowy PWE	1 x 500ml, 5 x 400 ml	
Rodzaj filtra	TPE 2000 duża powierzchnia dostosowana do m.c.	

W tym przypadku, skład 500 ml płynu substytucyjnego uzyskano w następujący sposób: 100 ml Albumin 20 proc. i 400 ml PWE (500 ml – 4 proc. roztwór Albumin).

Efekty leczenia – korzyści płynące z zastosowania plazmaferez

Zastosowanie 5 zabiegów plazmaferezy pozwoliło uzyskać szybką remisję choroby, poprawiła się sprawność połykania, znacznie zmniejszyło się opadanie powieki, tym samym w bardzo dużym zakresie poprawiła się jakość życia pacjenta. Uzyskano pozytywny efekt terapeutyczny, nie zaobserwowano działań niepożądanych. Pacjent skierowany do oddziału rehabilitacji, w celu dalszego usprawniania, z zaleceniem kontynuowania leczenia farmakologicznego miastonii.

Literatura:

- Błaszczyk B., Jasińska E.: Plazmafereza w Neurologii –doświadczenia własne. *Studia Medyczne* 2008; 11:39-42,
 Chrzanowski W., Wołyniec W.: Plazmafereza i jej kliniczne znaczenie. W: Rutkowski B. (red.). *Leczenie nerkozastępcze*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007: 171–180,
 Magrian G.: Plazmafereza – rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem. *Forum Nefrologiczne* 2011, tom 4, nr 2, 171–176,
 Strugalska-Cynowska M.: Współczesne leczenie miastonii i perspektywy na przyszłość. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2006, tom 2, nr 3, 151-157,
 Wołyniec W., Urbaniak M.: Plazmafereza lecznicza. W: Rutkowski B. (red.). *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej*. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2008: 189–202.

PODZIĘKOWANIA

Podziękowania dla Pani **Barbary Mrówki**

– Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Powiatowego w Radomsku.

W związku z przejściem na emeryturę składamy serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, sumienność i rzetelność w wykonywaniu obowiązków zawodowych.

W następnym etapie życia życzymy dużo zdrowia, pogody ducha i spełnienia marzeń.

Przełożona Pielęgniarek i Położnych, Pielęgniarki Oddziałowe i Koordynujące
 Szpitala Powiatowego w Radomsku

„Zamiast pożegnań niech płyną słowa
 Niech piękne stanie się dziękowanie.
 Za trud, za pracę, za cenne rady,
 Za dobroć, grzeczność i oddanie
 Za ziarna wiedzy i pielęgnowanie,
 Za pracy wszelkie miłowanie,
 Za przykład co godnym dla innych,
 W naszej pamięci pozostanie.

W związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania dla **Iwony Witek**
 Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej
 za wiele lat wspólnej pracy, wszelkiej pomyślności

życzy Pielęgniarka Naczelna wraz z całym zespołem pielęgniarskim USK nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi



mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Opieka psychologiczna nad pacjentem – okiem pielęgniarki-coacha

„Można siłą doprowadzić konia do wodopoju,
 ale nie można go zmusić do picia”

Każdy z nas nieustannie tworzy w umyśle różne obrazy mentalne, nawet jeśli świadomie tego nie planuje. Obrazy te są źródłem różnych emocji i uczuć, które towarzyszą nam każdego dnia. W zależności od rodzaju obrazu możemy odczuwać smutek, radość lub inne emocje o różnym stopniu intensywności. Stąd płynie wniosek, że dla codziennego samopoczucia znaczenie ma to, jak ludzie zazwyczaj sobie wyobrażają siebie samych („Poradzę sobie” czy „Nigdy nie dam sobie rady. Ta choroba mnie przeraża”) i swoje otoczenie („Ta pielęgniarka chce mi pomóc” czy „Ta pielęgniarka ma tysiące takich pacjentów jak ja i na pewno nie chce jej się niczego tłumaczyć”). To właśnie dlatego G. Kelley sformułował podstawową zasadę psychologii, która brzmi: „Procesy zachodzące w danej osobie są kształtowane psychologicznie przez sposób, w jaki ona antycypuje (wyobraża) wydarzenia”.

Z teorii atrybucji wiadomo, że ludzie kierują się własnymi przewidywaniami co do przyszłości w konstruowaniu swoich zachowań. Koncentrujemy się wtedy na optymistycznych lub pesymistycznych obrazach mentalnych; tak więc optymizm/pesymizm mają swoje źródło w konkretnych obrazach. Tymczasem nie od dziś wiadomo, że ludzie o pesymistycznym nastawieniu do życia są narażeni na różne choroby, a przede wszystkim – odczuwają dużo mniej satysfakcji z życia. W dużej mierze należą do tej grupy pacjenci chorujący na cukrzycę. Trudno przecenić wpływ tej przewlekłej choroby na psychologiczną kondycję pacjenta, szczególnie w świetle doniesień

o istnieniu poważnej zależności pomiędzy cukrzycą a depresją. Ukłuto nawet twierdzenie: „cukrzyca i depresja – dwie siostry”. To właśnie z tego względu w aktualnych zaleceniach klinicznych do pracy z pacjentem diabetologicznym znalazły się m.in.: wskazania do udzielania pomocy psychologicznej choremu (tj. właściwa komunikacja i ciągły monitoring stanu psychicznego pacjenta i sposobu, w jaki stosuje się do zaleceń medycznych); konieczność zindywidualizowanego podejścia do chorego (w tym rozwijanie motywacji pacjenta do konstruktywnego radzenia sobie z chorobą, unikanie straszenia, prowadzenie skutecznej, opartej na psychologicznej diagnozie edukacji pacjenta); konieczność oceny stanu psychicznego (również w kierunku depresji) oraz interwencji psychologicznej (tj. praca nad rozwijaniem poczucia wpływu na przebieg choroby oraz kształtowanie i utrzymywanie stylu radzenia sobie z cukrzycą zorientowanego na rozwiązanie problemu).

Trudno przejść obojętnie obok pacjenta, od którego pesymizm „emanuje na odległość”. Ktoś mógłby powiedzieć: „przecież moja praca polega na pomocy pielęgniarskiej, co więcej mogę zrobić?” Okazuje się – że bardzo dużo. Na przykład – dla grupy pacjentów o pesymistycznym nastawieniu („Nigdy nie schudnę”, „Nie poradzę sobie z chorobą”, „Pani, u mnie wszyscy chorowali na cukrzycę, to dlaczego ze mną ma być inaczej?”) przydatna może być praca domowa: „wyobraź sobie zajęcie sprawiające przyjemność i zanurz się w tych przyjemnych obrazach dwa razy dziennie przez 15 minut. Kiedy twoje myśli zetkną się w tym czasie z negatywnymi obrazami, wyobraź sobie wielki znak STOP i przełącz się na sceny przyjemne” (ćwiczenie na obrazowanie wewnętrzne).

Tym, co wyzwala i podtrzymuje chęć działania i walki jest cel. Pomocą w jego konstruowaniu zajmuje się *coach*, którym może zostać każda osoba, jeśli tylko opanowała sztukę zadawania odpowiednich pytań we właściwym momencie. Coach nie rozwiązuje problemów za pacjenta i nigdy nie daje mu gwarancji uzyskania założonych efektów. Ta praca należy do pacjenta, który musi wziąć odpowiedzialność za swoje życie i stan zdrowia. Ale to, co odróżnia pielęgniarkę – coacha od innych osób to fakt, że pielęgniarka – coach zawsze wierzy w klienta i wie, że jest on zdolny do dokonania nawet wielkich zmian, ważnych dla siebie samego. Dokonuje ona tego za pomocą właściwie zadawanych pytań, na które odpowiada zawsze tylko klient. Pytania mają moc zmieniania życia. Więcej – pytania zmuszają do myślenia i w efekcie motywują do działania w oparciu o własne przemyślenia. Do najważniejszych pytań należą: Jak jest teraz? Jak ma być docelowo? Co potwierdzi, że jest tak, jak ma być? Co możesz zrobić dla siebie, dla innych, aby było tak, jak powinno być? Co należy zrobić w pierwszej kolejności?

Za pomocą tych pytań staje się oczywiste przekonanie, że każdy problem (w tym zdrowotny), z jakim się zmierza pacjent, wymaga osobistego zaangażowania z jego strony i to do niego należy „ruch”. Jasne więc staje się, że biernie oczekiwanie na to, że „świat powinien się zmienić” (żona powinna gotować zdrowsze potrawy), „Chcę, żeby spotkało mnie szczęście” (Choroba sama zniknie), czy „och, żeby zdarzył się cud” (Pewnego dnia obudzę się rano i będę gotowy do przejścia na dietę) to zwykle mżonki, które nie zrealizują się bez osobistego zaangażowania. Owo zaangażowanie w pacjencie może rozpaść właśnie pielęgniarka – coach.

Podstawową wiedzą, jaką kieruje się coach, jest terapia ABC w pigułce. Można przedstawić ją w kilku punktach.

- Ludzie żyją w środowisku naturalnym i społecznym.
- Ludzie kierują się w życiu celami: chcą być pełni życia, energiczni, radośni; cieszyć się życiem społecznym i osobistym; mieć bliskie związki z innymi; odnaleźć sens życia poprzez

wychowanie i doświadczenie; wyznaczyć i osiągnąć cele zawodowe; cieszyć się odpoczynkiem i zabawą.

- Aktywizujące wydarzenia lub przeciwności stanowią przeszkody w realizacji tych celów. Stają się przyczyną niepowodzeń, odrzucenia i innych przykrych doświadczeń.

- Kiedy pojawia się niepomysłne wydarzenie aktywizujące – ludzie mogą wybrać (świadomie lub nie) odczuwanie zdrowych i użytecznych konsekwencji (żał, poczucie straty, żalu czy frustracji) lub niezdrowych i destrukcyjnych konsekwencji (poczucie poważnego zagrożenia, depresja, złość, a nawet uzalanie się nad sobą). Mogą także po doświadczeniu aktywizującego doświadczenia wybrać działanie i samodzielnie poprawić sytuację (tam, gdzie to jest możliwe) lub ją zaakceptować (jeśli nie można już jej zmienić). Mogą też wybrać opcję nicnierobienia lub zachowania, które tylko pogorszą sytuację (np. narzekanie, odłożenie sprawy na później, nadmierne picie lub unikanie rozwiązania sytuacji A).

- Racjonalne przekonania, które pomagają w radzeniu sobie z nieprzyjemnymi zdarzeniami, zawierają nadzieje i życzenia dotyczące niepomysłnego zdarzenia. Irracjonalne przekonania prowadzą do zaburzonego odczuć i działań i prawie zawsze są związane z dyrektywami: „muszę, trzeba, należy, powinienem”. W ten sposób tworzą się trzy podstawowe przymusy odpowiedzialne za powstanie nerwic, czyli zaburzeń, które dotyczą wielu ludzi.

- Pomiędzy wewnętrznym przymusem a podejmowanym przez osobę działaniem zachodzi ścisła zależność, której końcowym efektem jest określony stan emocjonalny i samoocena. Zależności te przedstawia schemat nr 1.

- Aby zrewidować swoje irracjonalne przekonania (IB), potrzebna jest wewnętrzna dysputa (D), zaczynająca się od pytania: „Dlaczego muszę ...?”. Dysputa pozwala ograniczyć dysfunkcyjne konsekwencje, wprowadzając w ich miejsce efektywne nowe poglądy, uczucia i zachowania (E).

- Reasumując: najważniejszą przyczyną wielu nieszczęść są pełne żądań i przymusów przekonania (IB). Zwykle łatwo

jest odkryć irracjonalne przekonania pacjenta i prawie zawsze można poddać je dyskusji, aby zmienić na funkcjonalne. Nie ma w tym żadnej magii – potrzebne są jedynie upór, ćwiczenia oraz pomoc ze strony innych polegająca na zadaniu odpowiedniego pytania we właściwym momencie.

Coaching zdrowego stylu życia

Pionerką coachu w pielęgniarstwie jest Sharon Graham – dyplomowana pielęgniarka, specjalistka w zakresie coachingu, zdrowego stylu życia i właściwego odżywiania. Wykorzystuje ona swoje osobiste doświadczenia związane z wyzdrowieniem z poważnej choroby, dzięki czemu pomaga ludziom w prowadzeniu ich ku konstruktywnemu postępowaniu.

Coaching zdrowego stylu życia zachęca ludzi do właściwej troski o jedyne ciało, „jakię kiedykolwiek będą mieli”. Pomaga w identyfikowaniu i przezwyciężaniu przeszkód w prowadzeniu zrównoważonego trybu życia we wszystkich jego sferach (fizycznej, emocjonalnej i duchowej). Sprawne ciało jest podstawą stabilnych i zdrowych emocji. Zdrowe ciało jest potrzebne do realizacji celu życiowego. Pacjent powinien zrozumieć, że jego własne ciało może z nim współpracować albo pracować na jego szkodę (przeciwko niemu).

W pracy pielęgniarskiej bazuje się na ocenie psychofizycznego funkcjonowania pacjenta na podstawie koła zdrowego stylu życia. Koło to zawiera 8 pól, które obrazują wszystkie dziedziny naszego życia. Znajdują się tu: zdrowie i wypoczynek, praca, pieniądze, środowisko życia, rozwój osobisty, rodzina, religia. Koło życia jest metodą ułatwiającą podjęcie decyzji, nad czym warto popracować. Zadaniem osoby jest określenie poziomu odczuwanej satysfakcji w każdej dziedzinie życia: praca (kariera zawodowa), pieniądze (dochody, emerytura), środowisko życia (otoczenie, dom/mieszkanie, biuro), rozwój osobisty (co robisz, aby uczyć się lub zmieniać na lepsze), zdrowie i wypoczynek – wszystko, co robisz, by o siebie zadbać, życie towarzyskie (przyjaciele, znajomi), rodzina (związek, dzieci), życie duchowe. Aby dowiedzieć się, co dokładnie dzieje się w poszczególnych obszarach, zadaj pytania: z czego nie jesteś zadowolony w swojej pracy (rodzynie etc), co jest dla ciebie najważniejsze w pracy (zdrowiu etc), co musi się zmienić, na ile jesteś zadowolony z..., czego najbardziej oczekujesz od przyjaciela, jak oceniasz sytuację w swojej rodzinie, co jesteś gotowy zrobić w tej dziedzinie, czego ci brakuje. Warto wtedy zadać też pytania typu:

- Określ w skali 1–10, na ile jesteś zadowolony w następujących dziedzinach.
- Powiedz, co kryje się za tą oceną. Jak do niej doszedłeś?
- Gdybyś mógł jutro zmienić jedną dziedzinę życia, co to by było? Dlaczego właśnie ta dziedzina?
- W której z dziedzin życia mógłbyś odnieść najszybsze zwycięstwo, czyli wprowadzić największe zmiany przy jak najmniejszym wysiłku?

Po wykonaniu tego zadania można wykorzystać technikę „ogólna ocena zdrowia i samopoczucia”, w ramach której wykorzystuje się pytania typu:

- Na ile jesteś zadowolony ze swojego stanu zdrowia i samopoczucia?

- Jeśli będziesz nadal prowadził obecny styl życia, jaki będzie stan twojego zdrowia i jak będziesz się czuł za 5 lat? A za 10–15 lat?

- Co cię motywuje do tego, aby wprowadzić zmiany w diecie i sposobie odżywiania?

- Ile porcji warzyw zjadasz tygodniowo? Frytki się nie liczą!
- Ile wolnego czasu masz każdego dnia? Jaki jest twój poziom stresu?

- Jakiego rozmiaru ubranie powinieneś nosić? Kiedy ostatnio nosiłeś ubrania w tym rozmiarze? Na ile realistycznie oceniasz swoje pożądane rozmiary?

- Jak wyglądałoby teraz twoje życie, gdybyś był w pełni zdrowy?

Zazwyczaj pochylenie się w sposób autentyczny na poszukiwaniem odpowiedzi na te pytania uświadamia pacjentowi, że konieczność wprowadzenia zmiany w zachowaniach zdrowotnych w jego życiu jest w zasadzie nieunikniona, a ponieważ nie ma szans na czarodziejskie sztuczki – trzeba wziąć sprawy w swoje ręce. Tutaj także przydatna jest sztuka umiejętnie zadawanych pytań zaczerpniętych z techniki „wprowadzanie zmiany”, typu:

- Na ile jesteś zdecydowany spacerować codziennie przez 45 minut pięć dni w tygodniu? Co może ci w tym przeszkodzić?

- Czego ci potrzeba, abyś przestał pić słodkie napoje gazowane?

- Co musiałoby się wydarzyć, żebyś kładł się spać przed godz. 22.00? O której godzinie musisz zacząć się wyciszać i przygotowywać do snu?

- Jakie ćwiczenia lubisz? Jak mógłbyś regularnie zapewnić sobie większą dawkę ruchu?

Czasami pacjenci doświadczają zniechęcenia – cel, jaki mają przed sobą (np. konieczność schudnięcia o kilkanaście kilogramów), wydaje im się abstrakcją niemożliwą do osiągnięcia. Pomocą może stać się wówczas technika „wymarzonej przyszłości”. Pielęgniarka w rozmowie z pacjentem może zadać pytania:

- W jakim miejscu chciałbyś być w tej kwestii za 3 do 6 miesięcy?

- Jaki najlepszy rezultat swojego działania mógłbyś sobie wyobrazić?

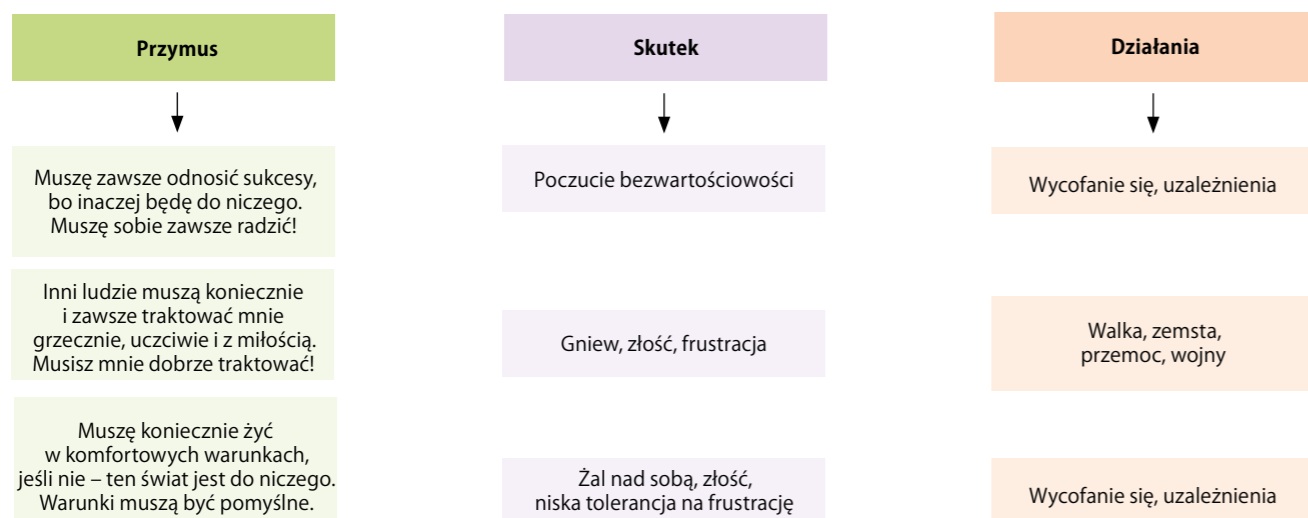
- Czy mógłbyś rozważyć to marzenie i upewnić się, czy ono jest realne?

- Wyobraź sobie, że znalazłeś się w przyszłości po 90 dniach i właśnie osiągnąłeś swój cel. Udajmy się tam i opowiedz mi, jak do tego doszło.

Z doświadczeń wspomnianej wcześniej Sharon Graham wynika, że przedstawione narzędzia (koło życia, ocena zdrowia i samopoczucia, wprowadzenie zmiany, technika wymarzonej przyszłości) są pomocne w coachingu nastawionym na zdrowy tryb życia, szczególnie zaś w kwestii diety i wprowadzania aktywności fizycznej. Zatem – do dzieła!

mgr Monika Kowalska-Wojtysiak
psycholog, wykładowca
Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Schemat nr 1. Zależności między wewnętrznym przymusem, jego skutkiem dla osoby i podejmowanym przez nią działaniem



Miejsce, rola i zadania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

mgr BARBARA MUCHA

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, dawniej pielęgniarka środowiskowa, rodzinna, zajmuje bardzo ważne miejsce w systemie opieki zdrowotnej. Wraz z lekarzem rodzinnym, położną POZ, pielęgniarką medycyny szkolnej wchodzi w skład podstawowej opieki zdrowotnej, która w założeniach miała być filarem całego systemu opieki zdrowotnej.

Pielęgniarka POZ spełnia zarazem dużą rolę w życiu człowieka. Przejmując opiekę od położnej POZ jest z nim począwszy od 2 miesiąca życia aż do śmierci: w zdrowiu, w chorobie, niesamodzielności i niepełnosprawności, w starości. Planuje i realizuje kompleksową opiekę nad pacjentem i jego rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania. Udziela świadczeń w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki, pielęgnacji: w różnych stanach, wykonuje świadczenia diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne. Musi zatem posiadać odpowiednie kompetencje, szeroki zakres wiedzy teoretycznej i praktycznej oraz stale ją aktualizować.

Przepisy prawne regulujące udzielanie świadczeń przez pielęgniarkę POZ to m.in.

- Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20.10.2005 r. w sprawie zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (z późn. zm.)

Zgodnie z obowiązującymi przepisami na 1 pielęgniarkę zbierającą deklaracje wyboru przypada 2750 pacjentów.

Dostępność do pielęgniarki POZ

Pielęgniarka musi być dostępna dla pacjentów codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00 z wydzieleniem czasu pracy na pracę w gabinecie pielęgniarki POZ (nie w gabinecie zabiegowym co w praktyce bywa mylone) i w medycznie uzasadnionych przypadkach również w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy.

Nadmienię, że w przypadku nagłego zachorowania, w związku z potrzebą zachowania ciągłości leczenia świadczeń zdro-

wotnych udziela nocna i świąteczna opieka zdrowotna (od godziny 18.00 do 8.00 rano następnego dnia oraz w soboty, niedziele i święta).

Z moich obserwacji jako konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego wynika, że świadczeń udzielanych w domu pacjenta jest zbyt mało. Być może wynika to z przepisów, które mówią, że pielęgniarka udziela świadczeń w domu świadczeniobiorcy „w przypadkach uzasadnionych medycznie”. To zaś stwarza pole do dowolnej interpretacji.

Poza tym pielęgniarka mając pod opieką 2750 pacjentów, wykonując testy przesiewowe u dzieci do 5 lat oraz nierzadko pracując na różnych stanowiskach pracy (w gabinecie zabiegowym, punkcie szczepień,) ma zbyt mało czasu na samodzielną realizację świadczeń, w tym w domu pacjenta.

A trzeba pamiętać, że osoba ciężko chora, niepełnosprawna nie przyjdzie do gabinetu pielęgniarki POZ. Zatem słusznym wydaje się fakt przywrócenia definicji pielęgniarki rodzinnej z określeniem miejsca udzielania świadczeń jako środowisko zamieszkania pacjenta.

Zgodnie z obowiązującymi świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej obejmują:

- świadczenia profilaktyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne realizowane w domu pacjenta oraz w gabinecie pielęgniarki POZ;
- wizyty patronażowe u dzieci w 3–4 miesiącu życia mające na celu przeprowadzenie instruktażu w zakresie pielęgnacji niemowlęcia, w tym karmienia piersią, pielęgnacji jamy ustnej, w razie stwierdzenia nieprawidłowości – rozpoznanie problemów zdrowotnych i społecznych rodziny (w przypadku gdy pielęgniarka stwierdzi zaburzenia stanu zdrowia dziecka wizytę patronażową przeprowadza jeszcze w 9 miesiącu życia);
- testy przesiewowe od 0 do 5 roku życia mające na celu monitorowanie rozwoju dziecka oraz wykrywanie odchyłań od normy rozwojowej (chciałabym tu podkreślić, że pielęgniarki wykonują wszystkie testy określone w przepisach, ich wykonanie dokumentują i autoryzują);
- świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy;
- na zlecenie lekarza pobieranie materiału do badań diagnostycznych w domu pacjenta (świadczeniodawca zlecając pobranie krwi u pacjenta zapewnia na własny koszt pojemniki na materiały oraz pojemnik zbiorczy do jego transportu. Pielęgniarka pobiera materiały zgodnie ze standardami opra-

cowanymi przez pracownię diagnostyczną, z którymi musi się zapoznać);

- świadczenia w profilaktyce wieku rozwojowego dzieci i młodzieży objętych indywidualnym nauczaniem.

Szczegółowy zakres zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej jest określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej udzielają świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami etyki zawodowej, z należytą starannością, aktualną wiedzą, obowiązującymi standardami oraz w oparciu o proces pielęgnowania.

Świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej realizowane w domu pacjenta, w tym również w domu pomocy społecznej, odbywają się zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki.

Zatem aby go ustalić pielęgniarka musi pamiętać o procesie pielęgnowania: musi przeprowadzić wywiad środowiskowo-rodzinny, ustalić problemy zdrowotne i pielęgnacyjne, diagnozę pielęgniarstwa, zaplanować opiekę nad pacjentem, zrealizować ją i ocenić.

Dokumentowanie opieki środowiskowej

Potwierdzeniem udzielenia porady, wizyty jest jego opis w dokumentacji indywidualnej pacjenta, a dla zrealizowanych zabiegów wpis w księdze zabiegowej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej prowadzenia określa m.in. w jaki sposób powinna być dokumentowana opieka środowiskowa, w tym wizyty patronażowe oraz określa, jaką dokumentację prowadzą pielęgniarki udzielające świadczeń w ramach indywidualnych praktyk pielęgniarstwa.

Stanowi m.in. że wpisu do dokumentacji medycznej dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Każda strona dokumentacji indywidualnej pacjenta powinna być ponumerowana i oznaczona co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. Każdy wpis oznacza się pieczęcią i podpisem osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego.

Współpraca pielęgniarki POZ

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej udzielając świadczeń zdrowotnych współpracuje z:

- lekarzem POZ i na zlecenie lekarza wykonuje świadczenia lecznicze;
- położną POZ;
- pielęgniarką lub higienistką szkolną;
- pielęgniarką opieki długoterminowej domowej. Pielęgniarka opieki długoterminowej zobowiązana jest Zarządzeniem Prezesa NFZ do powiadamiania lekarza POZ i pielęgniarki POZ, do których pacjent złożył deklarację wyboru o terminie rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczeń oraz w ramach bieżącej współpracy o istotnych zmianach w stanie zdrowia

Pielęgniarka POZ spełnia dużą rolę w życiu człowieka. Przejmując opiekę od położnej POZ jest z nim począwszy od 2 miesiąca życia aż do śmierci: w zdrowiu, w chorobie, niesamodzielności i niepełnosprawności, w starości.

pacjenta. Powiadomienia tego dokonuje w formie pisemnej lub elektronicznej w ciągu 3 dni.

- z innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami pacjenta
- organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz zdrowia pacjenta, np. Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej, Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej, Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie (w przypadkach przemocy w rodzinie ma obowiązek zgłaszania do organów ścigania);
- rodziną lub opiekunami prawnymi lub faktycznymi pacjenta.

Z praktycznego punktu widzenia brakuje nam współpracy ze szpitalem. W momencie wypisywania pacjenta, który wymaga kontynuowania opieki pielęgniarstwa, pielęgniarka POZ powinna być o tym poinformowana.

Na zakończenie chciałabym podkreślić, że praca pielęgniarki POZ nie jest łatwa ze względu na różnorodność zadań, które ma do wykonania jak i ze względu na warunki, w których udziela świadczeń zdrowotnych. O ile sięgam pamięcią wstecz, a w podstawowej opiece zdrowotnej pracuję prawie 20 lat, pielęgniarki nie były chętne do pracy na tym stanowisku, bo m.in.:

- niezależnie od ilości kilometrów, posiadanych środków transportu i warunków atmosferycznych muszą dotrzeć do pacjentów;
- praca pielęgniarki POZ to praca bardzo odpowiedzialna, w bardzo różnych środowiskach i w różnych warunkach, w domu pacjenta pracuje sama, zdana na sama sobie;
- pielęgniarka POZ opiekuje się ludźmi w różnych stanach chorobowych i w różnym wieku.

Tych powodów można wymienić jeszcze bardzo wiele. Doskonale znają je Panie obecne tu na sali.

Kończąc życzę Państwu, aby praca na stanowisku pielęgniarki POZ, moim marzeniem na stanowisku pielęgniarki rodzinnej była doceniana, przynosiła wiele satysfakcji i zadowolenia, również ze strony pacjentów.

mgr Barbara Mucha

Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

Apel o pomoc Podaruj swój 1%

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

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

Tylko 15% chorych przekroczyło 24 rok życia, mój syn ma 33 lata i wszystko robimy, aby jak najdłużej żył.

**Bardzo proszę przekazać swój 1%
Fundacja Dzieciom „Zdążyć z pomocą”
KRS 0000037904
z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004**

Innym sposobem udzielania pomocy
jest przekazanie darowizny w ciągu całego roku

Wpłaty prosimy kierować na konto:
Fundacja Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”
Bank BPH SA
15 1060 0076 0000 3310 0018 2615
Bank BPH SA
(darowizny w ramach zbiórki publicznej)
61 1060 0076 0000 3310 0018 2660
z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004

Dziękujemy bardzo!