

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

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

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk
tel. 42 633 22 48

Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

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

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

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

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

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

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

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

Konto bieżące OIPiP

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

Prawo wykonywania zawodu

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

Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
tel. 42 639 92 62
mgr 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 2

PODZIĘKOWANIA 4

PRAKTYKA ZAWODOWA 7

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 12

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 15

POŻEGNANIA 16

PIERWSZA POMOC I–IV

Komunikat

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych w Łodzi w lipcu i sierpniu
czynne będzie od poniedziałku do piątku
w godzinach 8.00–16.00

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

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

**XL posiedzenie Prezydium ORPiP
22 kwietnia 2015 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 10 pielęgniarek i 1 pielęgniarsza.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 3 położne.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 8 praktyk pielęgniarek wykonywanych w przedsiębiorstwach.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki w podmiocie leczniczym.
- ▶ Dokonano wpisu w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – 4 wpisy na realizację 2 szkoleń specjalistycznych i 2 kursów kwalifikacyjnych.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w kursach kwalifikacyjnych – 6 osobom.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi 4 zapomogi w wysokości: 1 × 2000 zł, 3 × 1500 zł. Odmówiono 1 osobie przyznania zapomogi ze względów regulaminowych – opisane zdarzenie nie mogło być uznane za zdarzenie losowe zgodnie z regulaminem.
- ▶ Zatwierdzono:
 - honoraria dla 2 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP Nr 4/2015.
 - kadre dydaktyczną dla 2 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w zakładach.
 - powołano składy osobowe 1 komisji kwalifikacyjnej i komisji egzaminacyjnej kursu kwalifikacyjnego i 2 komisji szkoleń specjalistycznych – egzaminy końcowe wewnętrzne.
 - użyczenie fantomu piersi OIPiP w Łodzi na akcję profilaktyczną.
- ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowiska kierownicze – 1 zastępcę kierownika ds. lecznictwa i 3 pielęgniarek oddziałowych.

**XXXIX posiedzenie ORPiP
12 maja 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 – 4 położne.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Przyjęto zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki wykonywanej w przedsiębiorstwach.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki poprzez dodanie kolejnego miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 praktyk pielęgniarek.
- ▶ 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 – 1 położną,
 - odmówiono skrócenia okresu przeszkolenia – 1 pielęgniarsce, ze względu na wymogi formalne.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: kursie kwalifikacyjnym – 2 osobom, konferencji – 5 osobom.
- ▶ Zatwierdzono:
 - przystąpienie do postępowania przetargowego na realizację priorytetowych dziedzin szkoleń specjalistycznych, dla pielęgniarek i położnych, które będą organizowane przez OIPiP w Łodzi w ramach zamówienia publicznego ogłoszanego w 2015 roku przez Ministra Zdrowia ze środków Funduszu Pracy, w latach 2015–2017 oraz 2 specjalizacje organizowane i finansowane z budżetu OIPiP w Łodzi, w tym:
 - 1) Pielęgniarstwo onkologiczne, program dla pielęgniarek (MZ)
 - 2) Pielęgniarstwo rodzinne, program dla położnych (MZ)
 - 3) Pielęgniarstwo opieki paliatywnej, program dla pielęgniarek (MZ)
 - 4) Pielęgniarstwo geriatryczne, program dla pielęgniarek (MZ)

- 5) Pielęgniarstwo operacyjne, program dla pielęgniarek (MZ)
- 6) Pielęgniarstwo ratunkowe, program dla pielęgniarek (spec. rezerwowa – MZ lub OIPiP),
- 7) Pielęgniarstwo psychiatryczne, program dla pielęgniarek (spec. rezerwowa – MZ lub OIPiP).
 - wyrażenie zgody na udział 1 położnej w kursie specjalistycznym organizowanym i finansowanym z budżetu OIPiP w Łodzi, pod warunkiem wolnych miejsc w danej edycji kursu i uzupełnienia zaległych składek członkowskich.
 - koszty konferencji „Bezpieczne środowisko pracy pielęgniarki i położnej” organizowanej przez ORPiP i Komisję Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodu OIPiP w Łodzi, w dniu 11 czerwca 2015 r. – informacja i karta zgłoszenia zamieszczona w Biuletynie OIPiP Nr 5/2015.
 - kadre dydaktyczną dla 6 szkoleń specjalistycznych realizowanych w ramach umowy z MZ oraz 2 kursów kwalifikacyjnych i 5 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi – w zakładach oraz w OIPiP.
 - powołano skład osobowy 1 komisji kwalifikacyjnej i komisji egzaminacyjnej dla kursu kwalifikacyjnego realizowanego w zakładzie.
 - dokonanie wymiany końcową 9 okien w budynku OIPiP, w tym 8 okien w salach wykładowych i 1 okna korytarzowego 3 poziomowego.
 - koszty zakupu elementów sprzętu komputerowego, oprogramowania i nagłośnienia do OIPiP.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli OIPiP do komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych – 4 kursów specjalistycznych u 2 organizatorów kształcenia.
- ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowisko kierownicze – 1 dyrektora ds. medycznych.

**XLI posiedzenie Prezydium ORPiP
27 maja 2015 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 10 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 7 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.

- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 9 praktyk pielęgniarek wykonywanych w przedsiębiorstwach.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki w podmiocie leczniczym.
- ▶ 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:
 - ▶ Odmówiono skrócenia okresu przeszkolenia – 1 pielęgniarsce, ze względu na wymogi formalne.
 - ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w: szkoleniu specjalistycznym – 1 osobie, kursach kwalifikacyjnych – 6 osobom, kursie specjalistycznym – 1 osobie, kursie doskonalącym – 2 osobom.
 - ▶ Odmówiono 1 osobie przyznania dofinansowania, ze względów regulaminowych – wniosek niekompletny i dotyczył kursu, który był organizowany i finansowany z budżetu OIPiP w Łodzi.
 - ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi 4 zapomogi, w wysokości: 2 × 2000 zł, 2 × 1500 zł.
 - ▶ Zatwierdzono:
 - honoraria dla 2 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP Nr 5/2015.
 - kadre dydaktyczną dla 1 kursu kwalifikacyjnego i 2 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w zakładach.
 - powołano składy osobowe 2 komisji kwalifikacyjnej i komisji egzaminacyjnej kursu kwalifikacyjnego kursu specjalistycznego.
 - ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji kwalifikacyjnych – 2 szkoleń specjalistycznych u 2 organizatorów kształcenia.
 - ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowiska kierownicze – 3 pielęgniarek oddziałowych.

oprac. mgr Maria Kowalczyk
Sekretarz ORPiP

KOMUNIKAT

Uprzejmie przypominamy o obowiązku aktualizowania danych, który nakłada na wszystkich członków samorząd art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174 poz. 1039). Powyższe informacje prosimy zgłaszać do Działu Rejestru, pok. nr 5, tel. 42 633 32 13.

Opinia w sprawie podawania leku Methotrexat o nazwie Metex drogą podskórną przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wprowadziło na listę refundacyjną lek Methotrexat o nazwie Metex do stosowania podskórnego roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce 50 mg/ml. Decyzja Ministra Zdrowia weszła w życie z dniem 1 lipca 2012 r.

Decyzja refundacyjna dotyczy leczenia otwartego i umożliwia pacjentowi zakup leku na receptę w aptece. Dotychczas Methotrexat był refundowany w ramach programów terapeutycznych i na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2011 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych w załączniku w części I „Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu terapeutycznych programów zdrowotnych oraz warunki ich realizacji”. Obecnie po wprowadzeniu decyzji Ministra Zdrowia od 1 lipca 2012 r. preparat Methotrexat o nazwie Metex jest dostępny zarówno w programach terapeutycznych i jako produkt leczniczy dostępny w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym.

Dostępność leku w ampułkostrzykawce stworzyła nowe możliwości leczenia, a przede wszystkim jest nowoczesnym rozwiązaniem technologicznym zarówno dla pacjenta jak i personelu medycznego. Jednocześnie jak każdy lek, również i preparat Metex może wywołać poważne działania niepożądane, również w przypadku podawania niewielkich jego dawek. Jednak o leczeniu danej jednostki chorobowej preparatem Metex decyduje niewątpliwie lekarz. Decyzją lekarza o zastosowaniu leczenia jest również wydanie pisemnego zlecenia dla pielęgniarki na iniekcje zarówno w gabinecie pielęgniarki POZ jak i w domu chorego z dopisaniem klauzuli bez obecności lekarza.

Producent leku w ulotce informacyjnej podaje, że lek Metex powinien być podawany przez lekarza lub pracownika ochrony zdrowia lub pod jego nadzorem. Podawanie leku Metex w lecznictwie otwartym a obwieszonym w wykazie leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w części A 1 na dzień 1 listopada 2012 r. jest wyraźnie zaznaczone, że lek przeznaczony do podawania podskórnego.

Mając na uwadze powyższe i obowiązujące przepisy lek Methotrexat o nazwie Metex w dawce 50 mg/ml podskórnym na pisemne zlecenie lekarza specjalisty z zakresu reumatologii mogą podawać pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

Konsultant Krajowy
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego
Beata Ostrzycka

Podziękowanie dla Pani **Jolanty Micielskiej**
Pielęgniarki Oddziałowej
Oddziału Onkologii i Hematologii Dziecięcej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Łodzi.

Dziś żegnamy naszą Jolę
– Ja emeryturę wolę! – mówi Jola na odchodnym.
Ale Jolu nie zapomnij i czasami może wspomnij
Oddział Siódmy, Sporną, Szpital.
I wspomnieniom powiedz – witaj!!!

Przełożona Pielęgniarek i Położnych
oraz Personel Oddziału VII
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Łodzi
przy ul. Spornej 36/50

Składam serdeczne podziękowanie dla
pani **Małgorzaty Bednarek-Szymańskiej**
i pani **Krystyny Sawczenko**
za współpracę, pomoc oraz okazane serce
w obecnej dobie skomplikowanego życia

wdzięczna Ilona

GRATULACJE

Z okazji uzyskania tytułu naukowego
doktora nauk o zdrowiu składamy najserdeczniejsze
gratulacje dla Pani **Bogusławy Łopacińskiej**.
Jednocześnie życzymy kolejnych osiągnięć naukowych
oraz sukcesów i satysfakcji w pracy zawodowej
oraz życiu osobistym

W imieniu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek
Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki
– Oddział w Łodzi
Przewodnicząca PTPAiIO – OŁ
mgr Elżbieta Janiszewska



Dzień z pielęgniarką i położną na rynku Manufaktury

W dniu 9 maja 2015 roku Rynek Manufaktury po raz kolejny zmienił się w „miasteczko zdrowia”. Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Krajowego Dnia Położnej, pielęgniarki i położne naszego województwa zorganizowały dziesiątą edycję akcji promocyjno-edukacyjnej dla mieszkańców naszego miasta.

Akcja zorganizowana została przez Zarząd Regionu Łódzkiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

W tym roku byli z nami przedstawiciele: Uniwersytetu Medycznego – Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Terapii, Policji, Straży Pożarnej, Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi.

Celem akcji, jak co roku, były działania promocyjno-edukacyjne w zakresie zdrowego trybu życia. W przygotowanych punktach medycznych pielęgniarki i położne edukowały mieszkańców i wdrażały profilaktykę zdrowotną w zakresie m.in.:

- nauki samobadania piersi,
- kontroli ciśnienia tętniczego krwi,
- poziomu glukozy we krwi,
- pielęgnacji noworodka i niemowlęcia,
- pielęgnacji osoby starszej,
- zdrowej diety,
- pomiaru tkanki tłuszczowej,
- pomiaru poziomu cholesterolu.

W mammobusie kobiety po pięćdziesiątym roku życia mogły wykonać mammografię. Ponadto pielęgniarki i położne udzielały porad: jak zapobiegać zakażeniom, dbać o czystość rąk. Każdy z uczestników mógł skorzystać z punktu dbania o stopy. Dla dzieci zorganizowano liczne konkursy z nagrodami.

Jak co roku dużym zainteresowaniem cieszył się pokaz udzielania pierwszej pomocy. Studenci AHE, UM i pielęgniarki anestezjologiczne uczyli chętnych podstawowych czynności reanimacyjnych – resuscytacji jak i również obsługi AED. W „miasteczku zdrowia” pojawił się również ambulans Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi. Wszyscy chętni mogli oddać cząstkę siebie – krew – jeden z bezcennych i najważniejszych leków ratujących życie.

Ten ważny dzień dla naszego środowiska upłynął w miłej, przyjaznej atmosferze. Miejmy nadzieję, że przedsięwzięcie spełniło swoje założenia i mieszkańcy Łodzi mogli dowiedzieć się wielu ciekawych rzeczy na temat zapobiegania chorobom, dbania o własne i swoich bliskich zdrowie. Stare hasło mówi: „Lepiej zapobiegać niż leczyć”.

Organizatorzy akcji OIPIP i Zarząd Regionu Łódzkiego OZZPiP składają podziękowania wszystkim pielęgniarkom, pielęgniarzom, położnym, studentom, którzy wzięli udział w zorganizowaniu i przeprowadzeniu tej corocznej akcji profilaktycznej dla mieszkańców naszego miasta. Dziękujemy także wszystkim sponsorom, którzy wsparli naszą akcję licznymi gadżetami. (J. K.)



Oferty pracy dla pielęgniarek

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi jest największym szpitalem w regionie łódzkim. Inwestujemy w najnowszą technologię, dzięki której możliwe jest przeprowadzanie nowatorskich zabiegów, wdrażamy innowacyjne rozwiązania. Szpital posiada Certyfikat zarządzania jakością w oparciu o normę ISO 9001 : 2008 dla usług z zakresu pomocy doraźnej, leczenia szpitalnego, leczenia otwartego oraz usług diagnostycznych.

Poszukujemy osób na stanowisko **pielęgniarki, pielęgniarza**. Oferujemy pracę w wysokospecjalistycznych klinikach, oddziałach, cieszących się uznaniem i zaufaniem pacjentów, pracę w profesjonalnych zespołach pielęgniarskich, możliwość rozwoju zawodowego oraz miłą atmosferę.

Aplikacje prosimy wysłać na adres e-mail atopolska@skwam.lodz.pl

Szczegółowe informacje w sprawie zatrudnienia można uzyskać u mgr Agnieszki Topolskiej – Przełożonej Pielęgniarek Lecznictwa Zamkniętego, USK im. WAM – CSW, Żeromskiego 113, tel. 42 63 93 414, 691 158 656.

Serdecznie zapraszam

Przełożona Pielęgniarek Lecznictwa Zamkniętego
mgr Agnieszka Topolska

SP ZOZ MSW w Łodzi zatrudni pielęgniarki-specjalistki operacyjne, kardiologiczne, chirurgiczne i zachowawcze w ramach umowy o pracę, w pełnym wymiarze godzin.

Do wyboru Oddział Chorób Wewnętrznych, Kardiologii, Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej, blok operacyjny – w zależności od posiadanych kwalifikacji.

Zainteresowanych prosimy o bezpośredni kontakt osobisty lub telefoniczny (42) 63 41 326 lub (42) 63 41 171 lub przesłanie cv na adres e-mail pielęgniarka.nacz@zoz-mswia-lodz.pl

Kierownik Zespołów Pielęgniarskich SP ZOZ MSW w Łodzi
mgr Ewa Lachowicz

Dyrektor III Szpitala Miejskiego im. dr. Karola Jonschera w Łodzi, ul. Milionowa 14, zatrudni w oddziałach szpitala 9 pielęgniarek. Szczegółowe warunki zatrudnienia można poznać u Pani Przełożonej Pielęgniarek w III Szpitalu Miejskim im. dr. Karola Jonschera w Łodzi przy ulicy Milionowej 14.

Dodatkowe informacje udzielane są pod numerem telefonu 42 676 17 74 wew. 260

Kierownik Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi
III Szpital Miejski im. dr. Karola Jonschera w Łodzi
Agnieszka Wenerska

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi ogłasza rekrutację na stanowisko pielęgniarki/pielęgniarza. Wymagania: posiadanie prawa wykonywania zawodu, podpisane oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach przeprowadzenia rekrutacji na stanowisko pielęgniarki/pielęgniarza.

Osoby zainteresowane prosimy o przesłanie CV do sekretariatu szpitala na adres: w ws im. M. Pirogowa, ul. Wólczańska 191/195, 90-531 Łódź lub na nasz adres e-mailowy: sekretariat@pirogow.pl – wpisując w tytule „CV – pielęgniarka”.

Uprzejmie informujemy, że skontaktujemy się z wybranymi kandydatami. Dodatkowe informacje dotyczące rekrutacji pod numerem 42 636 76 11 wew. 259.

Oferujemy zatrudnienie na podstawie umowy o pracę.

z up. Dyrektora WSS im. M. Pirogowa
Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa
dr n. med. Piotr Korzyk

OWRZODZENIE ŻYLNE GOLENI – problem nie tylko zdrowotny

mgr DOROTA MARCHEWA

Owrzodzenie to ubytek pełnej grubości skóry powstały w wyniku niedostatecznego odżywienia tkanek prowadząc do powstawania zmian troficznych skóry i martwicy. Najczęściej powstaje na podłożu niewydolności żyłnej lub tętniczej [1, 6, 9, 14]. Przewlekłe zaburzenia żyłne obejmują nieprawidłowości układu żylnego początkowo objawiające się niewielkimi zmianami o charakterze żył siateczkowatych i teleangiektazji (poszerzenie drobnych naczyń krwionośnych, potocznie zwanych „pajęczki naczyniowe”) do rozległych owrzodzeń żylnych.

Owrzodzenie zalicza się do ran przewlekłych, których leczenie trwa wiele miesięcy, a nawet lat. Najczęściej umiejscowione są od wewnętrznej strony kostki w 1/3 dolnej części goleni, mogą również występować po stronie bocznej, części przedniej, rzadziej po tylnej stronie goleni. Stanowi istotną przyczynę niesprawności, obniżonej jakości życia, a w konsekwencji prowadząc do ciężkiego kalectwa. Najczęściej umiejscawia się na przyśrodkowej powierzchni goleni. Wśród czynników ryzyka rozwoju owrzodzenia żylnego wymienia się: wiek (zapadalność wzrasta z wiekiem), płeć (większość chorych to kobiety), ciąża, przebyta zakrzepica żylna, siedzący tryb życia, otyłość, występowanie rodzinne, dieta ubogoresztkowa i zaparcia, przewlekła obturacyjna choroba płuc. Zmiany mogą być pojedyncze, mnogie, punktowe do rozległych okrężnych

obejmujących cały obwód goleni. Skóra wokół owrzodzenia jest zaczerwieniona. Owrzodzenie drąży w głąb, zwykle nie przekraczając powięzi. W zależności od czasu trwania, towarzyszącego zakażenia, procesu gojenia dno owrzodzenia może być pokryte włóknikiem, masami martwiczymi, treścią surowiczą lub ropną. W trakcie leczenia obraz zmienia się, pojawia się ziarnina i wysepki naskórka. Prawidłowa ziarnina ma kolor żywoczerwony, jest wilgotna, o błyszczącej powierzchni. Kształt owrzodzenia przeważnie jest owalny, może mieć formę nieregularną [1, 4, 6, 9, 14].

Leczenie owrzodzeń

Do połowy lat osiemdziesiątych owrzodzenia podudzi były uważane za chorobę nieuleczalną. Rozwój metod diagnostycznych i zabiegowych, a także pojawienie się nowoczesnych opatrunków pozwoliły nieść skuteczną pomoc [16].

W leczeniu owrzodzeń żylnych goleni stosuje się metody zabiegowe oraz zachowawcze, które wpływają na naciśnienie żyłne i regulują hemodynamikę krążenia. Największą skuteczność przypisuje się leczeniu uciskiem (kompresjoterapii) [6, 10, 11], który przywraca właściwy kierunek przepływu krwi, zapobiega naciśnieniu żylnemu, likwiduje zastój żylny, zapobiega nawrotom po wyleczeniu owrzodzenia. Zaleca się zastosowanie kompresjoterpii wielowarstwowej, warstwowej,



fot. 1. Owrzodzenie w przyśrodkowej powierzchni goleni



fot. 2. Owrzodzenie żylnie w części przedniej goleni



fot. 3. Teleangiektazja



fot. 4. Zaniedbane rozległe owrzodzenie

kompresji pneumatycznej, pozycji Trendelenburga. Przeciwwskazaniem do stosowania kompresjoterapii są: ostra faza zakażenia, obrzęki w przebiegu niewydolności serca lub nerek, zapalenie stawów kończyn dolnych. W terapii uciskowej wykorzystuje się pończochy, rajstopy, podkolanówki, które mogą być stosowane samodzielnie przez chorego.

W wielu przypadkach odpowiednie korekty za pomocą operacji lub skleroterapii pozwalają bezpowrotnie wyleczyć owrzodzenie [16].

Miejscowe leczenie owrzodzeń żylnych należy prowadzić zgodnie z założeniami Grupy Ekspertów Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran oraz strategią TIME (T – tissue debridement, I – infection and inflammation control, M – moisture balance, E – epidermization stimulation, edges). Strategia ta zawiera elementy, które uwzględnia się podczas każdorazowego zaopatrywania rany: ocenę dna i tkanek wypełniających/pokrywających owrzodzenie, kontrolę zapalenia i ocenę stanu mikrobiologicznego rany lub zakażenia, ocenę wysięku i poziomu wilgotności powierzchni rany, ocenę brzożów owrzodzenia i zaburzenia naskórkowania.

Najbardziej optymalnej metody leczenia i rodzaju opatrunku dokonuje się, uwzględniając aktualny stan, warunki miejscowe rany dostosowane do fazy procesu gojenia, intensywność wysięku oraz rozległość i głębokość uszkodzenia tkanek [3, 6].

Opieka nad pacjentem z owrzodzeniem żylnym

Opieka nad pacjentem z owrzodzeniem żylnym nogi powinna być prowadzona przez wielospecjalistyczny zespół z udziałem wykwalifikowanej pielęgniarki [6], zgodnie ze standardem leczenia ran przewlekłych. Pacjent jest dla pielęgniarki partnerem, a podjęte działania są wynikiem współpracy i porozumienia. W praktyce zawodowej należy dążyć by pacjent aktywnie uczestniczył w opiece, stał się odpowiedzialny za własne zdrowie i wyniki leczenia, a nie tylko był biernym odbiorcą [12, 13, 11].

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem z owrzodzeniem żylnym podudzi powinna zgromadzić jak najwięcej informacji,

które dotyczą jego zdrowia, sprawności psychofizycznej, sytuacji rodzinnej, dotychczasowego przebiegu leczenia, jego historii, ewentualnych niedociągnięć, błędów lub innych przyczyn niepowodzeń i trudności w gojeniu. W ten sposób będzie mogła określić stopień dysfunkcji, ustalić problemy i podjąć celowe działania w opiece nad pacjentem. [12]

Podejmowane działania będą zmierzać do zapewnienia optymalnych warunków gojenia rany, zgodnie z miejscową charakterystyką owrzodzenia. Najczęstsze działania jakie podejmują pielęgniarki w opiece nad chorym z owrzodzeniem nogi to:

- ograniczenie lub zniesienie dolegliwości bólowych,
- minimalizowanie obrzęków i stanu zapalnego,
- wczesnego wykrycia zakażenia miejscowego i uogólnionego,
- przestrzeganie zasad postępowania zgodnie z obowiązującymi standardami w praktyce zawodowej,
- zapobieganie dalszej niepełnosprawności oraz zapewnienie bezpieczeństwa,
- nawiązanie współpracy z pacjentem lub/i rodziną oraz podniesienie jakości życia pacjenta,
- edukacja pacjenta i/lub jego najbliższych,
- dokumentowanie wszystkich podjętych działań.

Każdorazowa zmiana opatrunku powinna być delikatna i bezbolesna.

Postępujące owrzodzenie w czasie stopniowo ogranicza sprawność chorego, wpływając na jego samopoczucie psychiczne, nastrój oraz funkcjonowanie w życiu codziennym. Uruchomienie mechanizmów adaptacyjnych ułatwia radzenie sobie z chorobą i częściowe przystosowanie się. Czasem jednak dochodzi do wyczerpania zasobów psychicznych i pojawia się kryzys. Występuje poczucie zagrożenia, lęk o własne zdrowie, bezradność, brak dostatecznej wiedzy na temat choroby, leczenia i pielęgnacji (obniżenie nastroju, brak chęci do podejmowania różnych form aktywności, nadmierna senność/bezsenność, utrata łaknienia) i narastania kryzysu społecznego (wycofanie się z życia społecznego, izolacja społeczna)



fot. Photogenica



Pierwsza pomoc Hipertermia i utonięcie

mgr BARBARA KWINTAL

Drodzy czytelnicy oto ostatnia, przed wakacjami, część naszego ratunkowego „kącika”. W okresie zbliżającego się letniego odpoczynku nie sposób zapomnieć o wpływie, nie zawsze korzystnym, słońca oraz wody na zdrowie i życie człowieka. W związku z powyższym postanowiłam, iż tematem niniejszej publikacji będzie stan hipertermii oraz zagadnienie udzielenia pierwszej pomocy w przypadku utonięcia, czyli zdarzenia które najczęściej występują w okresie letnim.

Przegrzanie i udar cieplny

Warto przypomnieć jak nieroztropny potrafi być człowiek, gdy idąc na zakupy czy też do pracy pozostawia na parkingu w pełnym słońcu swój samochód, a w nim... zamyka małe dzieci, starszych członków rodziny czy też zwierzęta. Termiczne działanie słońca, brak cyrkulacji powietrza w samochodzie powodują „uwięzionych” w nim osób, przegrzanie i/lub udar cieplny.

Należy także pamiętać, iż do nadmiernego przegrzania organizmu może dojść także w czasie gorącej kąpieli wodnych i parowych, jak również podczas przebywania w dusznej, wilgotnej i gorącej atmosferze (np. w hutach, kuźniach, pralniach) lub przy nadmiernym wysiłku fizycznym. W skrajnych przypadkach narażenie na działanie wysokiej temperatury, zwłaszcza jeśli towarzyszy jej wysoka wilgotność powietrza może być przyczyną stanu bezpośredniego zagrożenia życia, szczególnie w przypadku nie podjęcia właściwych czynności ratunkowych.

Organizm zdrowego człowieka w przemianach metabolicznych wytwarza około 60 kcl/h/m². Przemiana egzotermiczna zachodząca wewnątrz ludzkiego organizmu, gdyby nieprawidłowe działanie mechanizmów odprowadzających ciepło z wnętrza organizmu do środowiska zewnętrznego, doprowadziłyby do nadmiernego wzrostu temperatury (około 10C/h) ciała, co po przekroczeniu temperatury granicznej (temperatura 41°C – uszkodzenie struktur komórkowych, zmiany aktywności enzymów, długotrwały wzrost powyżej 41,5°C – nieodwracalne uszkodzenie mózgu) doprowadziłoby do zgonu. Organizm ludzki narażony jest na przegrzanie, gdy wytwarzanie ciepła przekracza zdolność do jego eliminacji.

Za regulację temperatury ciała odpowiada przednia część podwzgórza. Gdy ciało odbiera poprzez termoreceptory obwodowe sygnały ciepłe, układ termoregulacyjny poprzez skurcz, rozszerzenie naczyń obwodowych, dreszcze lub/i pocenie się, zwiększenie częstotliwości oddechów wyrównuje temperaturę – utrata ciepła zachodzi poprzez: przewodzenie, promieniowanie i parowanie.

Gdy występuje niesprawność mechanizmów termoregulacji fizycznej lub ograniczona wydolność ich rezerwy czynnościowej dochodzi do wzrostu temperatury głębokiej organizmu – hipertermii.

Hipertermia jest stanem organizmu, lub jego części, w którym temperatura tkanki/tkanek przekracza aktualną nastawę systemu termoregulacji organizmu na skutek zachwiania równowagi między ilością ciepła produkowanego przez organizm lub dopływającego z zewnątrz, a możliwością oddania tego ciepła.

Uwaga: nie jest hipertermią sytuacja, w której sam organizm zmienia nastawę, np. w wyniku infekcji.

Przyczyny hipertermii:

- wysoka temperatura otoczenia
- nadmierna ekspozycja na słońce
- niedostateczna ilość przyjmowanych płynów
- skrajności wiekowe
- specyfika zawodowa
- nadmierna aktywność fizyczna
- zaburzenia wydzielania potu

Wzmoczone wytwarzanie ciepła może być spowodowane także:

- przyjmowaniem leków antyhistaminowych, moczopędnych, antydepresyjnych i rozszerzających naczynia
- spożywaniem używek, w szczególności, alkoholu amfetaminy i kokainy oraz kofeiny
- występowaniem współistniejących chorób, takich jak nadczynność tarczycy, choroby serca oraz cukrzyca

W zależności od intensywności przegrzania i stopnia wzmoczonego wytwarzania ciepła hipertermie można podzielić na: przegrzanie umiarkowane, wyczerpujące i udar cieplny.

Przegrzanie umiarkowane

Typowe objawy:

- wysypka (najczęściej ustępuje samoistnie, jest dokuczliwa i swędząca)
- obrzęki (spowodowane ucieczką płynów z rozszerzonych naczyń krwionośnych, pozycja pionowa)
- skurcze mięśniowe (dotyczą najczęściej sportowców, występują po wysiłku)
- omdlenia (poszerzenie naczyń powoduje zmniejszenie rzutu serca co powoduje niedotlenienie mózgu i w efekcie omdlenie)
- tężyłka (hiperwentylacja może doprowadzić do odrętwień i drzeń)

Przegrzanie wyczerpujące

Typowe objawy:

- objawy przegrzania umiarkowanego w nasilonej postaci
- objawy neurologiczne (zawroty głowy, splątanie, senność, utrata przytomności)

Udar cieplny

Typowe objawy

- wysoka, przekraczająca 40°C temperatura głęboka ciała (hyperpyrexia)
- ból głowy
- szum w uszach
- nudności i wymioty
- przyspieszone tętno i podwyższona wartości ciśnienia tętniczego krwi

- objawy neurologiczne (zawroty głowy, splątanie, senność, utrata przytomności)
- zaburzenia psychiczne
- oparzenia skóry I i II stopnia
- sucha skóra – ograniczone pocenie

Pierwsza pomoc polega na:

- przeprowadzeniu wstępnej oceny stanu poszkodowanego
- wezwaniu pomocy medycznej
- zmniejszeniu narażenia poszkodowanego na ciepło (przeniesienie poszkodowanego w chłodne miejsce i zdjęcie z niego nadmiaru odzieży)

- położeniu poszkodowanego i jeżeli jest przytomny i w logicznym kontakcie, podawanie płynów do picia
- położeniu poszkodowanego – jeżeli jest nieprzytomny – w pozycji bezpiecznej i w razie konieczności utrzymywanie drożności dróg oddechowych
- zastosowaniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej – w przypadku braku oddechu, krążenia – do czasu przybycia pomocy medycznej lub odzyskania oddechu, krążenia przez poszkodowanego
- chłodzeniu ciała poszkodowanego (skraplanie obficie letnią wodą, owiewanie chłodnym powietrzem)
- zastosowaniu chłodnych kompresów nad miejscami przebiegu dużych naczyń krwionośnych: pachy, pachwiny, szyja



Podtopienie

Dwie trzecie utonięć zdarza się w miesiącach letnich: 40 proc. ma miejsce w sobotę i niedzielę. Około 90 proc. występują w wodach słodkich. Dane statystyczne są nieubłagane, według policyjnych statystyk w Polsce w 2012 roku odnotowano 449 zgonów po epizodzie tonięcia. Najczęściej do utonięć dochodzi w rzekach.

Według Światowej Organizacji Zdrowia, utonięcie jest definiowane jako „proces wystąpienia niewydolności oddychania z zanurzeniem w płynie”, czego efektem jest śmierć. Podtopienie jest to każdy epizod przeżycia po tonięciu poprzez zanurzenie w cieczy. U poszkodowanego dochodzi do zachłyśnięcia czego następstwem są rozległe uszkodzenia pęcherzyków płucnych, przecieku, obrzęku płuc, co prowadzi do niedotlenienia, a w efekcie zgonu.

Nie ma znaczenia czy środowisko wodne jest słone czy słodkie – mechanizm jest ten sam.

Można wyróżnić pięć etapów tonięcia:

- poszkodowany wpada w panikę, a następnie zanurza się z wstrzymaniem oddechu. Potem pojawia się kilka niespodziewanych oddechów.

- poszkodowany świadomie wstrzymuje oddech. Okres ten kończy się wraz z przekroczeniem progu pobudliwości ośrodka oddechowego przez ilość dwutlenku węgla we krwi (wstrzymanie oddechu trwa tak długo, aż zgromadzony dwutlenek węgla stanie się przyczyną pobudzenia ośrodka oddechowego i wznowi oddychanie).

- poszkodowany broniąc się przed przedostaniem się wody do płuc zaczyna ją połykać (wykonuje silne wdechy i wydechy,

podczas których woda dostaje się do dróg oddechowych i płuc). Połykanie wody trwa tak długo, aż żołądek wypełni się wodą i dojdzie do wymiotów. Niedotlenienie organizmu powoduje utratę świadomości, zwiórczenie mięśni i w końcu zalewanie wodą płuc. W trzeciej fazie, wraz z wodą dostają się do płuc i przenikają do układu krążenia oskrzelki.

- u poszkodowanego następuje zatrzymanie czynności oddechowych. Utrata przytomności może się rozpocząć w ciągu trzech minut przebywania pod powierzchnią wody. W mózgu mogą powstać szkody, już jeśli jest pozbawiony tlenu przez ponad sześć minut. Serce może przejść do nieregularnego rytmu, który nie pozwala na pompowanie krwi, jeśli jest pozbawione tlenu dłużej niż kilka minut.

U poszkodowanego występuje okres skurczów i krótkich, nieregularnych oddechów połączonych z drgawkami tonicznymi.

Przyczyny utonięcia:

- spożywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych
- wypadki podczas żeglowania, nurkowania
- zmęczenie i wyczerpanie
- pływanie bez nadzoru
- nieumiejętność pływania,
- nieprzestrzeganie zasad bezpieczeństwa
- próby samobójcze
- ciekawość i brak poczucia niebezpieczeństwa w przypadku młodszych dzieci
- skurcze mięśni i żołądka
- udar mózgu lubi zawał serca, podczas gdy ofiara znajduje się w wodzie
- uraz głowy i szyi podczas uprawiania sportów wodnych
- hipoglikemia i hiperoglikemia

Typowe objawy podtopienia:

- niedotlenienie (bładość powłok skórnych, sinica obwodowa, opóźniony powrót włósniczkowy powyżej 2 sekund),
- przyspieszony oddech, okresowo bezdech, aż do pełnoobjawowego niekardiogenego obrzęku płuc (pianista podbarwiona krwią wydzielina, duszność spoczynkowa nasilająca się w pozycji leżącej),
- przyspieszone tętno
- hipotermia,
- objawy neurologiczne (splątanie, senność czy też śpiączka),
- nieznacznie nasilony kaszel.

Uwaga: objawy są uzależnione od stopnia ciężkości ewentualnych urazów współistniejących:

Pierwsza pomoc polega na:

- ocenie sytuacji i zapewnieniu bezpieczeństwa ratownikowi,
- wezwaniu pomocy medycznej oraz WOPR-u (nr do WOPR-u to 601 100 100),
- wydostaniu poszkodowanego z wody (Jeżeli to jest możliwe, nie wolno dopuścić do trzeciego i następnych etapów tonięcia. Ofiary podtopienia należy wynosić z wody w po-

zycji poziomej z obniżoną głową w celu niedopuszczenia do zapaści krążeniowej.),

- podaniu, w momencie wydobywania poszkodowanego nieprzytomnego nad powierzchnię wody pierwszego sztucznego oddechu (usta – nos). Przy konieczności holowania poszkodowanego do brzegu, powtórzyć należy ten zabieg kilkakrotnie na płytkiej wodzie,
- podjęciu działań resuscytacyjnych w przypadku zatrzymania oddechu i krążenia u poszkodowanego,
- położeniu poszkodowanego – jeżeli jest przytomny – w pozycji bezpiecznej i w razie konieczności utrzymywanie drożności dróg oddechowych. (nie wolno dopuścić do zachłsnięcia się wymiocinami.),
- niedopuszczeniu do ochłodzenia ciała poszkodowanego poniżej 30°C.

Uwaga: nie należy stosować żadnych zabiegów w celu usunięcia wody z przewodu pokarmowego i dróg oddechowych. Jest to zabieg powodujący stratę cennego czasu. W przewodzie pokarmowym nie dochodzi do oddychania.

Nie należy, zapobiegawczo, zakładać kołnierza czy stosować deski ortopedycznej.

Jeśli istnieje podejrzenie urazu kręgosłupa nie należy odginać głowy przy udrażnianiu dróg oddechowych (te czynności zarezerwowane są dla zespołów ratownictwa medycznego).

Życzę Państwu bezpiecznego korzystania ze słońca i wody, a przede wszystkim, aby powyższe informacje nie musiały być zastosowane w praktyce.

Literatura:

1. Zawadzki (red.), *Medycyna ratunkowa i katastrof*, PZWL 2011.
2. Borowczak, *I Ty możesz pomóc!* RESQ 2008.
3. Schetz D., Foerster J., *Przyczyny, rodzaje i zasady postępowania w hipertermii*, „Nowa Medycyna” 4/2010, s. 138–143.
4. Skrzos K., *Ciepło, ciepłej, gorąco czyli hipertermia w praktyce ratownika medycznego cz. I.* „Na ratunek” nr 4/2014, ISSN 1896-8546, str. 16–20.
5. Skrzos K., *Ciepło, ciepłej, gorąco czyli hipertermia w praktyce ratownika medycznego cz. II.* „Na ratunek” nr 4/2014, ISSN 1896-8546, str. 26–30.
6. Iskrzycki Ł., Gawłowski P., Zyśko D., *Tonięcie.* „Na ratunek” nr 3/2014, ISSN 1896-8546, str. 20–25.
7. http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/urazy-wypadki/hipertermia-przegrzanie-organizmu-przyczyny-objawy-leczenie-i-pierwsza_34976.html (24.03.2015).
8. http://www.kryminalistyka.fr.pl/forensic_przyczyny_uto-niecie.php (24.03.2015).
9. <http://www.pierwszapomoc.net.pl/pierwsza-pomoc-tonacemu.php> (24.03.2015).

mgr Barbara Kwintal
Instytut CZMP

Polskie Towarzystwo Pielęgniarsstwa Ratunkowego
Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych
i Intensywnej Opieki

Owrzodzeniom żylnym prawie zawsze towarzyszy nieprzyjemny zapach, niezależnie od tego czy są zakażone, czy tylko kolonizowane stąd budzi wśród otoczenia odrazę i brak akceptacji.

Trwające latami owrzodzenie doprowadza do ograniczenia ruchomości głównie stawu skokowego i nieprawidłowego zgięcia grzbietowego stopy. Obecność bolesnego owrzodzenia zmusza do ograniczenia aktywności ruchowej i przyczynia się do atrofi mięśni pogłębiając występującą niewydolność żylną. Chorego należy motywować do działania i współpracy. Powinien też znać i stosować ćwiczenia fizyczne dotyczące kończyn dolnych, ale również wykonywać ogólne ćwiczenia usprawniające. Podejmowana aktywność fizyczna przez pacjenta poprawia ogólny stan zdrowia, pomaga niwelować stres, rozładować napięcie. W chorobach przewlekłych bardzo ważna jest edukacja, która powinna być stałym elementem leczenia. Świadome współuczestnictwo chorego i jego rodziny może przynieść zamierzone efekty (1, 2, 7, 9, 11, 15).

Pielęgnacja skóry otaczającej ranę

Pielęgnacja skóry otaczającej ranę jest tak samo ważna jak pielęgnacja samej rany. Zaburzenia odżywczcze skóry i toczące się zmiany przewlekłej niewydolności żylny mogą powodować szybki rozwój nowej rany. Dokładna pielęgnacja zgodna z zasadami, chroni i zapobiega przed rozwojem powikłań. Zaleca się mycie kończyny pod bieżącą wodą, z zastosowaniem łagodnych środków myjących o lekko kwaśnym odczynie pH (hipoalergiczne mydła/emulsje). Dobór idealnych środków myjących usuwa niepożądane mikroorganizmy oraz zapewnia skuteczną ochronę przed czynnikami uszkodzającymi.

Nie należy stosować środków drażniących skórę do których należą np. mydła zawierające barwniki i środki zapachowe. Po umyciu kończyny skórę należy nawilżyć i natłuścić z zastosowaniem np. łagodnego preparatu do pielęgnacji skóry wrażliwej [2, 11].

Odżywianie chorych

Według wytycznych Grupy Ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni z roku 2011 przebieg procesu gojenia wymaga optymalnego stanu odżywienia i dostarczenia składników odżywczych do ogniska uszkodzenia. Niedobory, np. energetyczne i przewlekłe niedożywienie białkowe hamują proces gojenia i przyczyniają się do wzrostu powikłań [5, 6, 10].

Żywność pacjentów cierpiących z powodu trudno gojących się ran powinno być dostosowane do sytuacji metabolicznej i klinicznej. Zwiększone ryzyko zakażeń występuje zarówno w przypadku niedożywienia, jak i otyłości.

W diecie należy uwzględnić duże ilości białka zwierzęcego (mleko, sery, jaja, mięso ryby), oraz białka które pochodzą z produktów roślinnych (soja, rośliny strączkowe, orzechy, zboża). Połączenie obu białek dostarcza wszystkich niezbędnych aminokwasów potrzebnych do budowy i przeprowadzenia procesów regeneracji ubytków w tkance mięśniowej. W diecie wskazane jest ograniczenie soli kuchennej. Niezbędną rolę do utrzymania prawidłowej czynności w procesie leczenia ran od-

grywają witaminy (A, B, C, E i K), składniki mineralne oraz woda z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb, biorąc pod uwagę straty, np. z rany o dużym wysięku, i współistniejące choroby (np. układu krążenia) [5].

Regularna ocena stanu odżywienia chorych leczonych z powodu owrzodzeń stanowi podstawę zapobiegania powikłaniom procesu gojenia [5].

Profilaktyka nawrotów owrzodzenia

Po wyleczeniu owrzodzenia należy prowadzić wielokierunkowe działania profilaktyczne zapobiegające nawrotom do których należy m.in.: dostosowanie trybu życia do wydolności kończyny, kontynuacja kompresjioterapii, bandażowanie lub zakładanie pończoch/podkolanówek, odpoczynek z uniesionymi kończynami (powyżej poziomu serca) kilka razy w ciągu dnia, unikanie długiego stania lub siedzenia w bezruchu, unikać urazów w miejscu wygojenia.

Literatura:

1. Adamski Z., Kapała W., *Pielęgniarsstwo w chorobach skóry. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki pielęgniarstwa dermatologicznego*. Wydawnictwo Naukowe UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2010.
2. A. Promocja zdrowia, profilaktyka i edukacja zdrowotna w chorobach przewlekłych. W: *Owrzodzenia żylny goleni*. Jawień A., Szewczyk M.T. Wydawnictwo Twoje zdrowie. Warszawa 2005; 178–92.
3. Budynek M., Nowacki C., *Wiedza o opatrunkach*. Adi, Łódź 1999.
4. Jabłońska S., Chorzeński T., *Choroby skóry dla studentów medycyny i lekarzy*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.
5. Jarosz M., *Praktyczny podręcznik dietetyki*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2010
6. Jawień M., Szewczyk M.T., Kaszuba A. i współ., *Wytyczne Grupy Ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni*. „Leczenie Ran” 2011; 8(3): 59–80.
7. Jawień M., Szewczyk M.T., *Owrzodzenia żylny goleni*. Wydawnictwo Twoje zdrowie, Warszawa 2005; 200
8. Jawień M., Bartoszewicz M., Przondo-Mordarska A., Szewczyk M.T., Kaszuba A. i współ., *Wytyczne postępowania miejscowego i ogólnego w ranach objętych procesem infekcji*, „Leczenie Ran” 2012; 9(3): 59–75.
9. Krajewska-Kułak E., *Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek*, Wyd. Czelej, Lublin 2006.
10. Szewczyk M.T., Jawień A., *Leczenie ran przewlekłych*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2012.
11. Szewczyk M.T., Jawień A., *Zalecenia specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad chorym z owrzodzeniem goleni*, Pielęgniarsstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007; 3: 95–138.
12. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., *Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwa i położnictwa. Zakożenia teoretyczne*. Tom 1, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
13. Trzasczko M., Gorzkowicz B., *Próba standaryzacji opieki pielęgniarskiej w przypadku owrzodzeń żylnych goleni*, „Problemy Pielęgniarsstwa” 2007; 15 (4): 267–271.
14. Wiczkowska-Tobis K., Talarska D., *Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
15. Zasady ograniczania bólu w czasie zabiegów związanych z opatrywaniem ran – konsensus. Inicjatywa Światowej Unii Towarzystw Leczenia Ran. Leczenie ran 2006 (3): 1–8.

Analiza zespołu wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarki na podstawie szpitala wieloprofilowego

mgr GRAŻYNA MAJKOWSKA

Szeroki zakres odpowiedzialności zawodowej związanej z wykonywaniem zadań i obowiązków, oczekiwania pacjentów i ich rodzin, presja ze strony przełożonych bycie niezawodnym i dyspozycyjnym stanowią duże obciążenie w pracy pielęgniarki. Wypalenie zawodowe jest to zespół fizycznego i emocjonalnego wyczerpania, którego rezultatem jest rozwój negatywnej samooceny oraz negatywnego nastawienia do pracy i spadek zainteresowania problemami pacjenta.

Wypalenie zawodowe – elementy składowe

- Wyczerpanie emocjonalne wskazuje na fakt wykonywania pracy poza limitem własnych możliwości radzenia sobie z problemami dotyczącymi pracy.
- Depersonalizacja oznacza negatywne, bezduszne, nawet obojętne, reagowanie na innych ludzi, którzy są odbiorcami usług danej osoby lub przedmiotem jej opieki.
- Obniżone poczucie dokonań własnych odnosi się do radykalnego spadku poczucia własnych kompetencji i braków w zakresie sukcesów

Źródła i przyczyny wypalenia zawodowego

- indywidualne (niska samoocena, bierność, zależność, niskie poczucie własnej skuteczności)
- interpersonalne (relacje między pielęgniarką a pacjentami, przełożonymi współpracownikami)
- organizacyjne (związane są z funkcjonowaniem zakładu, w którym pielęgniarka pracuje)

U pielęgniarek w pracy zaobserwowałam stopniową utratę zaangażowania i energii, zmęczenia. To wszystko stało się moją inspiracją do zbadania skali zjawiska. Celem pracy jest uzyskanie wiedzy na temat stopnia wypalenia zawodowego u pielęgniarek.

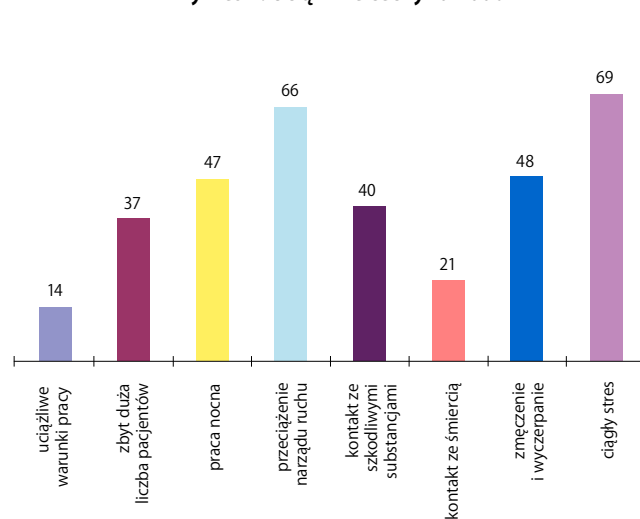
Metoda i teren badań

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, jako technikę zastosowano ankietę autorstwa własnego.

Badane zostało przeprowadzone wśród pielęgniarek pracujących na różnych stanowiskach w oddziałach zachowawczych i zabiegowych szpitala wieloprofilowego. Placówka ta posiada 360 łóżek zatrudnionych jest 300 pielęgniarek

Ponad 80% badanych pielęgniarek posiada staż pracy powyżej 20 lat. W analizowanej grupie badanych pielęgniarek najczęściej bo 69% respondentek wskazała ciągły stres jako najbardziej uciążliwą cechą wykonywanego zawodu. Następnie zaznaczane były zmęczenie i wyczerpanie oraz praca nocna (wykres 1).

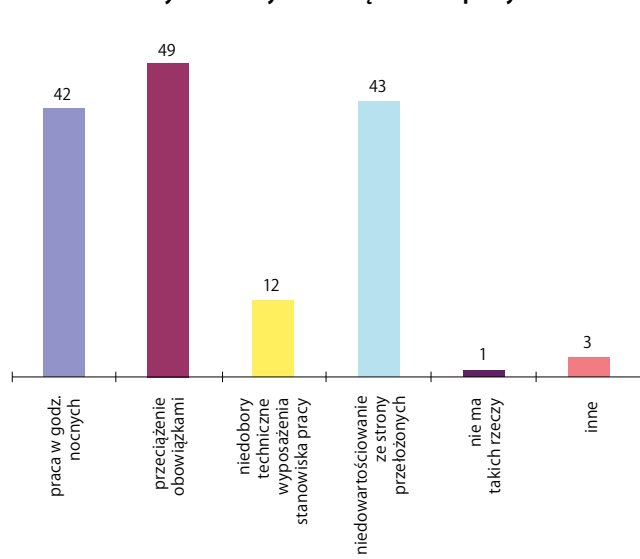
Wykres 1. Uciążliwe cechy zawodu



Wśród czynników destruktywnie wpływających na samopoczucie w pracy najczęściej bo w 78% przypadkach zaznaczone były stres zawodowy. Dość duża ilość respondentek tj. 36% przyznała, że kolejnym czynnikiem jest psychospołeczny klimat pracy.

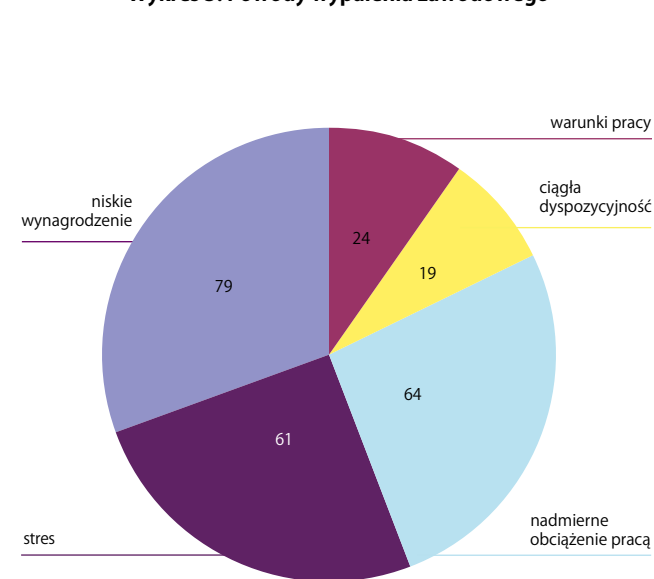
Najczęściej wymienionym czynnikiem wywołującym zmęczenie jest przeciążenie obowiązkami. Często pielęgniarki wymieniały również niedowartościowanie ze strony przełożonych oraz pracę w godzinach nocnych (wykres 2).

Wykres 2. Czynniki zmęczenia w pracy



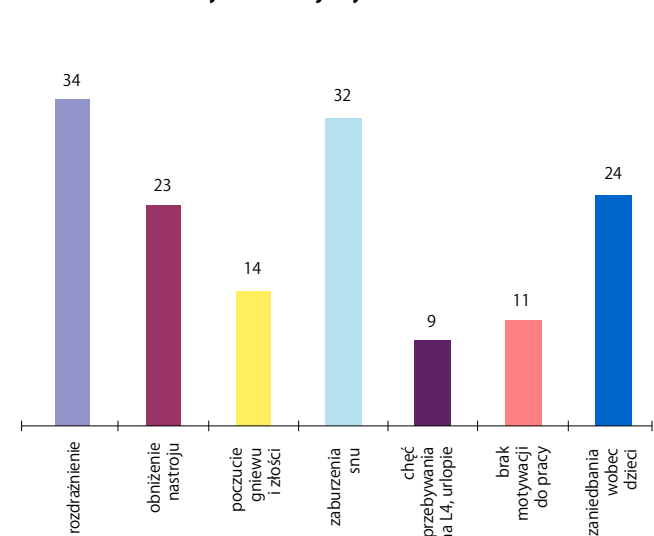
W badanej grupie pielęgniarek jako powody wypalenia zawodowego najczęściej bo 79% respondentek wskazało niskie wynagrodzenie. Duża ilość badanych wymieniła nadmierne obciążenie pracą oraz stres (wykres 3).

Wykres 3. Powody wypalenia zawodowego



Odpowiadając na pytanie dotyczące objawów zachowania najczęściej pielęgniarki wymieniały rozdrażnienie, zaburzenia snu. Kolejno respondentki zaznaczały zaniedbania wobec dzieci, obniżenie nastroju oraz poczucie gniewu i złości (wykres 4).

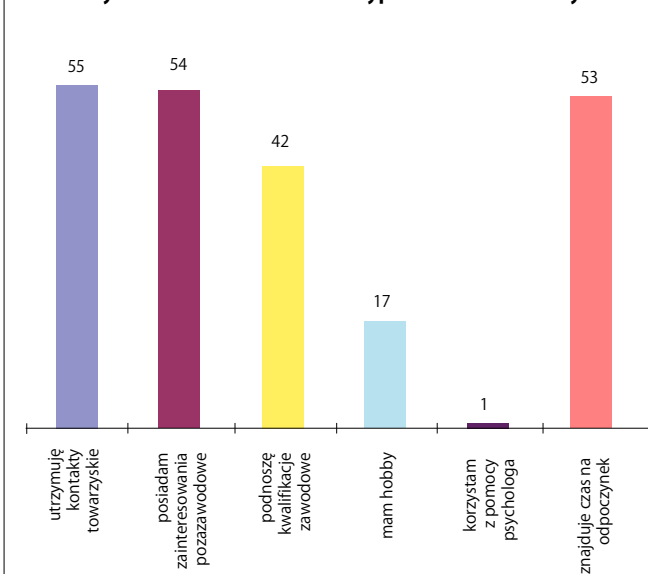
Wykres 4. Objawy zachowania



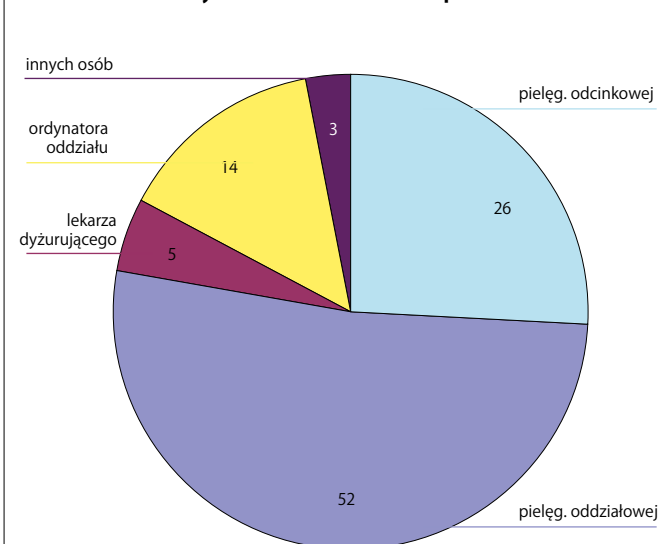
Pielęgniarki najczęściej radzą sobie ze stresem powstałym w miejscu pracy poprzez realizację zainteresowań pozazawodowych, hobby oraz stosując czynny wypoczynek (wykres 5).

Deklarowane wsparcie, które pielęgniarki otrzymują od pielęgniarki oddziałowej, koleżanki pielęgniarki dotyczy sytuacji zawodowych oraz prywatnych. Jest to wsparcie instrumentalne, duchowe, empatia i zrozumienie (wykres 6).

Wykres 5. Radzenie sobie z wypaleniem zawodowym



Wykres 6. Deklarowane wsparcie



Praca zawodowa pielęgniarek ogólnie okazała się jako duże źródło stresu zarówno dla pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych, jak i na oddziałach zachowawczych. Uzyskane wyniki świadczą o wystąpieniu czynników, które wiążą się z powstawaniem zespołu wypalenia zawodowego tj. obciążenie pracą, niskie wynagrodzenia, braki kadrowe oraz wymagania zwierzchników. Uzyskane wyniki świadczą, że poziom wypalenia zawodowego jest znaczny, a przeprowadzone badania udowodniły, że pielęgniarki posiadają wiedzę na temat rozpoznawania objawów wypalenia zawodowego. Brak systemu motywacyjnego dla pielęgniarek, którego ankietowane dostrzegają niesie za sobą wiele zagrożeń.

Najważniejszymi czynnikami zapobiegającymi wypaleniu zawodowemu wśród pielęgniarek będzie redukcja stresu, poprawa warunków płacowych, poprawa organizacji pracy oraz wsparcie psychologiczne. Przyczyni się to do poprawy jakości usług pielęgniarskich, zwiększy bezpieczeństwo pacjenta, pozwoli zapobiec powstawaniu błędów oraz obniży koszty funkcjonowania placówki.



Spotkanie przedstawicieli towarzystw pielęgniarskich w Krakowie

W dniach 17–18 kwietnia 2015 r. Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki (PTPAHO – Oddział w Łodzi) wraz z Polskim Towarzystwem Pielęgniarek Ratunkowych (PTPR) i Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim (PTP), zorganizowało wyjazd do Krakowa. Głównym założeniem uczestników w pierwszym dniu wyjazdu było zwiedzanie CUMRIK (Centrum Urazowego Medycyny Ratunkowej i Katastrof) przy ul. Kopernika 50. Nowoczesny obiekt typu Trauma Centre przy Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, został wybudowany i wyposażony w ramach realizacji dwóch projektów współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Uruchomiony został w 2013 r., posiada 5 kondygnacji i powierzchnię około 7500 m². Na parterze mieści się Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) z obszernym podjazdem dla karet i niezbędnym zapleczem diagnostyczno-laboratoryjnym oraz dwiema poczekalniami, do których trafiają chorzy po rejestracji i wstępnym badaniu/segregacji medycznej, tzw. trągu w zależności od stopnia obrażeń oraz rodzaju zachorowania. Pacjenci trafiający do SOR to osoby m.in. z obrażeniami wielonarządowymi, udarami mózgu, nieprzytomni, z silną dusznością/niewydolnością oddechową, krążeniową, wymagający natychmiastowej kompleksowej interwencji medycznej. Tu również ulokowane są unikatowe w skali Małopolski komory hiperbaryczne. Dzięki możliwości zastosowania 100 proc. tlenu pod maksymalnym ciśnieniem (3 atmosfery) te najnowszej generacji urządzenia-kapsuły pozwalają na skuteczne leczenie ciężkich zmiężdżeń, oparzeń czy beztlenowych zakażeń. Przy użyciu mniejszego ciśnienia komory mogą być również stosowane do leczenia zatruc tlenkiem węgla czy górskich chorób dekompresyjnych. Koszt jednostki to ponad 70 mln zł (zatrudnionych 40 pielęgniarek/23 ratowników medycznych). Pierwsze piętro budynku zajmują Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Obrażeń Wielonarządowych oraz Oddział Obserwacyjno-Internistyczny. Drugie piętro to duży 30-lóżkowy Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (zatrudnionych 140 pielęgniarek anestezjologicznych). Trzecie piętro zajmuje nowoczesny, wysokospecjalistyczny blok operacyjny z 6 salami, które są w różnych kolorach (niebieskim, zielonym, żółto-pomarańczowym i kremowym).

Na dachu budynku znajduje się lądowisko śmigłowcowe dla helikopterów LPR typu Eurocopter EC135, wpisane w 2013 r. do ewidencji Urzędu Lotnictwa Cywilnego pod numerem 218. W piwnicach zaś znajdują się pomieszczenia techniczne i socjalne.

Szpital Uniwersytecki w Krakowie jest jednym z 14 akredytowanych przez Ministra Zdrowia ośrodków w Polsce, w którym powołano centrum urazowe referencyjne dla całego regionu. CUMRIK to jedyny taki ośrodek w Małopolsce. Dzięki najnowocześniejszym technologiom medycznym i rozwiązaniom teletechnicznym, w oparciu o wykwalifikowaną, wielospecjalistyczną kadrę Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, CUMRIK świadczy kompleksową pomoc ofiarom wypadków i zdarzeń masowych.

W drugim dniu pobytu przedstawiciele stowarzyszeń skorzystali z atrakcji turystycznych pięknego, zabytkowego Krakowa, jak również Ojcowskiego Parku Narodowego – jednego z najbardziej urokliwych 23 parków narodowych w Polsce, utworzonego w 1956 roku, pełnego ciekawostek przyrodniczych, historycznych i krajobrazowych. Grupa udając się leśnym szlakiem odwiedziła wraz z przewodnikiem Grotę Łokietka (nad dnem Doliny Prądnika i Sąpsowskiej), największą spośród wszystkich znanych na terenie parku jaskiń.

Podsumowując, spotkanie w Krakowie umożliwiło wszystkim uczestnikom wymianę spostrzeżeń i doświadczeń oraz nawiązanie nowych kontaktów zawodowych. Serdeczne podziękowania dedykujemy Pani Naczelnaj mgr Mai Szymaczek za okazaną pomoc i życzliwość, kierownikom poszczególnych oddziałów za organizację i przekazaną wiedzę merytoryczną oraz całemu personelowi pielęgniarskiemu CUMRIK za zapewnienie miłej i przyjaznej atmosfery podczas zwiedzania szpitala. Pełni wrażeń, energii i pomysłów jesteśmy otwarci na kolejne spotkania i dalszą owocną współpracę między stowarzyszeniami działającymi na terenie Łodzi i woj. łódzkiego oraz innych województw.

mgr Elżbieta Janiszewska
Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki – Oddział w Łodzi

„Opieka paliatywna w Polsce 2015” 17–18 kwietnia 2015 r., Warszawa

W dniach 17–18 kwietnia 2015 r. po raz czwarty odbyła się w Warszawie Konferencja Opieki Paliatywnej. Organizatorem konferencji było wydawnictwo Termedia, natomiast Pracownia Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi była partnerem merytorycznym i pełniła nadzór naukowy. Konferencji patronowały redakcje „Medycyny Paliatywnej” i „Menedżera Zdrowia”. Kierownikiem naukowym konferencji była dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz.

Podczas dwudniowej konferencji odbyło się dziewięć sesji naukowych. W pierwszym dniu odbyły się cztery sesje. Konferencja rozpoczęła się w piątek 17 kwietnia 2015 r., o godzinie 9.00.

Pierwsza sesja dotyczyła organizacji i finansowania opieki paliatywnej, którą poprowadziła dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz wraz z dr n. med. Wiesławą Pokropką i dr n. med. Andrzejem Stachowiakiem. Po wysłuchaniu referatów dochodzimy do wniosku, że opieka paliatywna w Polsce jest w znacznym stopniu niedoszacowana. Limitowanie świadczeń, niewystarczające jej finansowanie oraz zmniejszenie ilości poradni paliatywnych powodują trudności w dostępie do opieki.

O godzinie 12.00 rozpoczęła się druga sesja: „Konferencja Prasowa Obywatelskiego Porozumienia na Rzecz Medycyny Paliatywnej. Pacjent nieuleczalnie chory a system opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce”.

Patronat honorowy nad konferencją prasową objęła Małżonka Prezydenta Polski Anna Komorowska. Przewodniczącym Komitetu Honorowego był Marszałek Województwa Mazowieckiego Adam Struzik. Patronami OPMP było Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne, Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej, Ogólnokrajowe Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Przewlekłą Białaczkę Szpikową i Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej.

W konferencji udział wzięli eksperci z dziedziny medycyny paliatywnej i ochrony zdrowia, a jej przedmiotem były tematy:

1. Jakie zmiany organizacyjne i finansowe są niezbędne, by zapewnić właściwy, dostosowany do potrzeb dostęp do opieki paliatywnej w Polsce?
2. Dlaczego nie powinno być kolejek oczekujących na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej?
3. Czy dostępność opieki paliatywnej z punktu widzenia chorych i ich rodzin jest wystarczająca?
4. Jak zmienić obraz leczenia przeciwbólowego w Polsce?

5. Czy wsparcie psychologiczne i duchowe chorych i ich bliskich jest w naszym kraju standardem postępowania z pacjentem nieuleczalnie chorym?

6. Jak przełamać stereotypy zawężające opiekę paliatywną jedynie do opieki końca życia?

Do dyskusji zaproszono:

- Adama Struzika – marszałka województwa mazowieckiego, przewodniczącego Komitetu Honorowego OPMP,
- dr n. med. Iwonę Filipczak-Bryniarską – kierownika Oddziału Medycyny Paliatywnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie; Kliniki Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie, konsultanta województwa małopolskiego w dziedzinie medycyny paliatywnej,
- ks. Jana Kaczkowskiego – prezesa Zarządu Puckiego Hospicjum pw. św. Ojca Pio w Pucku,
- mgr Izabelę Kaptacz – konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej,
- lek. med. Pawła Obermeyera – radnego województwa mazowieckiego, Ambasadora Pacjentów,
- mgr Annę Kaptacz – prezesa Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej,
- lek. med. Barbarę Kołakowską – kierownika medycznego Caritas Archidiecezji Warszawskiej, była konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie medycyny paliatywnej,
- Tomasza Latosa – przewodniczącego Sejmowej Komisji Zdrowia,
- Rafała Muchackiego – przewodniczącego Senackiej Komisji Zdrowia,
- Marcina Preciszewskiego – prezesa Zarządu Katolickiej Agencji Informacyjnej,
- dra Rafała Zyska – eksperta ochrony zdrowia,
- Marzannę Graf, Maję Komorowską, Alka Mikołajczaka – Ambasadorów Pacjentów.

Dyskusja była bardzo ciekawa. Maja Komorowska – aktorka, Ambasador Pacjentów – wyraziła chęć współpracy z OPMP w celu przełamania barier w opiece paliatywnej, jej rozwoju i zwiększenia dostępności do opieki paliatywnej.

Po konferencji prasowej odbyły się kolejne sesje. Jedną z nich dotyczyła aspektów prawnych i psychologicznych, a następną sesja dotyczyła pielęgniarstwa w opiece paliatywnej.

Mgr Izabela Kaptacz omówiła temat „Monitorowanie bólu przewlekłego u pacjenta z chorobą nowotworową – rola pielęgniarki”, mgr Anna Białoń-Janusz przedstawiła „Nowe sposoby podawania leków przeciwbólowych – ułatwienia czy pułapki”.

a mgr Wiesława Piotrowska zreferowała temat „Odwodnienie chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową – dylematy i postępowanie”. Wszystkie te tematy zostały przedstawione bardzo obrazowo, ciekawie i merytorycznie.

W drugim dniu konferencji odbyło się pięć sesji. Każda z nich zawierała interesujące tematy dotyczące chorego i jego rodziny, leczenia, funkcjonowania, żywienia oraz profilaktyki ŻCHZZ u pacjentów paliatywnych. Dr n. med. Marta Kulpa przedstawiła interesującą pracę na temat: „Analiza zależności między jakością życia a negatywnymi stanami emocjonalnymi, takimi jak lęk, gniew, depresja, u osób z chorobą nowotworową leczonych z powodu przewlekłego bólu nowotworowego” na podstawie doświadczeń klinicznych Poradni Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie. Po wykładzie wniesiono postulat o wdrożeniu

dalszych badań i przedstawieniu ich na kolejnej konferencji za rok. Profesor dr hab. n. med. Krystyna De Walden-Gałuszko wygłosiła referat na temat „Wzrost pourazowy w chorobie nowotworowej.” Referat dotyczył radzenia sobie z traumą i reakcjami na kryzys w chorobie nowotworowej.

Podczas konferencji poruszano wiele istotnych tematów dla opieki paliatywnej, każdy uczestnik mógł znaleźć dla siebie interesujące tematy. Mamy nadzieję, że postulaty zgłoszone po konferencji znajdą odzwierciedlenie w rzeczywistości i nastąpi znaczny rozwój opieki paliatywnej w Polsce, zwiększenie liczby kontraktowanych świadczeń i podwyższenie finansowania opieki paliatywnej.

Maria Paś
specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej

„Pielęgniarka – dziecko – rodzina” 17–18 kwietnia 2015 r., Ciechanów

W dniach 17–18 kwietnia 2015 r. w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej (PWSZ) w Ciechanowie odbyła się XV Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Pielęgniarka – dziecko – rodzina”. Od 2011 r. konferencji patronuje dr n. med. Janina Fetlińska – nauczyciel akademicki i senator RP, która zginęła 10 kwietnia 2010 r. w katastrofie lotniczej pod Smoleńskiem.

Głównymi organizatorami konferencji były Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Kształcenia Podyplomowego Wydziału Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych PWSZ oraz Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Ciechanowie. Współorganizatorami były lokalne organizacje (Europejskie Towarzystwo Rozwoju Kompetencji Społecznych im. Johna Deweya, Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym i Ich Rodzinom „Lepsze jutro” i Klub Absolwenta Pielęgniarstwa przy WOZiNH PWSZ w Ciechanowie) oraz Polskie Towarzystwo Historii Medycyny i Farmacji.

Wstępem do konferencji były wartościowe warsztaty, tradycyjnie przybliżające uczestnikom problematykę praktyki pielęgniarskiej w wybranym jej aspekcie. Tegoroczne warsztaty poświęcono dwóm tematom: „Pielęgniarka autorką? Jak przygotować artykuł do publikacji w czasopiśmie naukowym” (dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib – kierownik Zakładu Dydaktyki i Efektów Kształcenia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz dr n. farm. Mariusz Panczyk) oraz „Roszczeniowy pacjent czy błąd pielęgniarki? Odpowiedzialność prawna i zawodowa” (mgr Aleksander Zarzeka).

Uroczystą sesję inauguracyjną uświetnił wykład prof. dr hab. med. Bożeny Cukrowskiej z Instytutu „Pomnik – Centrum

Zdrowia Dziecka” w Warszawie, poświęcony chorobom cywilizacyjnym XXI wieku w pediatrii. Tematyka konferencji obejmowała zagadnienia związane z pediatrią oraz rolą pielęgniarki w opiece nad dzieckiem. Uczestnicy konferencji mieli możliwość wysłuchania podczas sesji tematycznych 56 referatów oraz zapoznania się z 66 posterami w sesji plakatowej.

W gronie prelegentów znalazły się przedstawicielki Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Dr n. med. Anna Cisińska, która wzorem lat ubiegłych była czynną uczestniczką wspomnianej konferencji, w tegorocznej edycji przedstawiła referat „Cukrzyca wśród uczniów – wyzwanie dla pielęgniarki szkolnej”. Dr n. med. Monika Brucka-Stempkowska zaprezentowała pracę „Zrozumienie starości w kontekście narastającego procesu demograficznego starzenia się społeczeństwa”. Możliwość czynnego uczestnictwa w opisanym wydarzeniu przyczyniło się do promocji działalności naukowej jednostki w skali ogólnopolskiej.

Konferencja skupiła grono ekspertów, zajmujących się szeroko pojętą tematyką kształcenia zawodowego pielęgniarek oraz pielęgniarstwa pediatrycznego, co stworzyło okazję do doskonalenia kompetencji i wymiany doświadczeń. Należy ocenić wysoko inicjatywę organizatorów, którzy dołożyli wszelkich starań, aby przedsięwzięciu nadać odpowiednią rangę pod względem naukowym i merytorycznym.

dr n. med. Anna Cisińska
Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
i Zarządzania w Pielęgniarstwie UM w Łodzi

KOŁO EMERYTEK

Zwiedzamy Częstochowę

URSZULA GAJEK

Tradycji stało się zadość, w wiosenny czas grupa pielęgniarek i położnych wraz z rodzinami poznaje piękno naszego kraju.

Z miejscowym przewodnikiem jesteśmy w zespole klasztornym na Jasnej Górze, którego początki sięgają 1382 roku, kiedy to książę Opolski II sprowadził tu Paulinów z Węgier. Dwa lata później sprowadzono obraz Matki Boskiej z Dzieciątkiem Jezus. Po wejściu do Bazyliki Jasnogórskiej sąsiadującej z Kaplicą Matki Bożej wita nas wspaniały barokowy wystrój i organy – jedne z czterech w Polsce (pozostałe trzy znajdują się w Gdańsku Oliwie, Wrocławiu i Kamieniu Pomorskim). To tu odbywają się koncerty Międzynarodowego Festiwalu Muzyki Sakralnej.

W bocznej kaplicy poświęconej Paulinom na kracie znajduje się ich herb – dwa lwy pod palmą, nad nimi kruk z chlebem w dziobie.

W Sali Rycerskiej oglądamy liczne gobeliny, na których widoczny jest papież Jan Paweł II na tle Sanktuariów Maryjnych, są też oryginalne ornaty, sutanny, kielichy – to dary Papieża.

Największym skarbem Jasnej Góry jest znany na całym świecie Obraz Matki Bożej z Dzieciątkiem, której suknia zmienia się jeden raz w roku, w pierwszą niedzielę po Wielkanocy. Obecnie Matka Boża ubrana jest w suknię diamentową. Sukni jest 10, a najstarsza z ich liczy ponad 100 lat, waga bursztynowej przekracza 8 kg. Rosnący kult Matki Bożej spowodował liczne pielgrzymki i składanie wot, które stały się łakomym kąskiem dla grabieżców. W 1430 roku miał miejsce najzadziejniejszy, w wyniku którego obraz został uszkodzony i ograbiony. Złodzieje chcąc ukraść cenną biżuterię sztyltem wydlubowali kosztowności. Legenda głosi, że napastnicy chcieli wywieźć obraz wozem konnym, jednak konie odmówiły posłuszeństwa. Rozgoryczeni rabusie zrzucili obraz z wozu na ziemię i tym miejscu wytrysnęło źródło, w którym Paulini obmyli odnaleziony po profanacji obraz.

Naukowcy zastanawiają się, czy blizna widoczna na twarzy Matki Boskiej to uszkodzenie po kradzieży czy symbol, by pamiętać o tym wydarzeniu.

3 września 1939 roku Paulini ukryli oryginał obrazu Matki Bożej i Niemcy, którzy przychodzili przez 5 lat okupacji do kaplicy, nie wiedzieli, że odsłaniano przed nimi kopię, która obecnie jest ważnym eksponatem w Muzeum 600-lecia. W tymże muzeum podziwiać też można dorobek kulturotwórcy Klasztoru Jasnogórskiego, m.in. monstrancje, szaty liturgiczne i dużą ekspozycję instrumentów muzycznych, w tym cytry, cymbały, trąbki i skrzypce, które były używane w czasie odsłaniania Cudownego Obrazu.

Do narodowego Sanktuarium Polaków w każdym roku przybywają miliony pielgrzymów z kraju i ze świata.

Na dziedzińcu klasztoru znajduje się tablica upamiętniająca katastrofę smoleńską z 2010 r. z nazwiskami ofiar. Jest tu również wejście na wieżę liczącą 106 m wysokości, do której prowadzi 519 schodów.

Częstochowa jest dumna ze swoich znanych rodaków, w tym malarza Dudy-Gracza, który stworzył cykl obrazów „Golgota Jasnogórska”, czy też najwybitniejszego częstochowianina – dr Władysława Biegańskiego, lekarza internisty, który zajmował się niemal wszystkimi dziedzinami medycyny, szczególnie chorobami zakaźnymi, bądź kultowej poetki Haliny Poświatowskiej.

Jesteśmy też w Muzeum Górnictwa Rud Żelaza, unikatowym w skali kraju, wydrążonym w podziemnych korytarzach w latach 1974–1976.

W trakcie zwiedzania zapoznajemy się z narzędziami i sprzętem służącym do wydobywania rudy żelaza. W tym czasie docierają do nas nagrania z odgłosem pracy górników oraz sygnalizacja wyjeżdżających wózków z urobkiem.

Wartym zobaczenia jest też Park Miniatur Sakralnych usytuowany na terenie byłego kamieniołomu. W wyrobisku są ciekawie rozmieszczone miniatury sanktuariów chrześcijańskich oraz dominujący, bo największy na świecie pomnik Jana Pawła II z lat 2011–2013, ważący ponad 5 ton, mający 14 m wysokości.

W dużym skrócie opisuję uroki polskiej i europejskiej „duchowej Stolicy Polski” z uwagi na obecność Jasnej Góry, jednocześnie miasta dialogu i wielu kultur.



W dniu 23 kwietnia 2015 r. podczas uroczystości pogrzebowej
na cmentarzu Rzymsko-Katolickim na Dołach w Łodzi
pożegnaliśmy naszą koleżankę

śp. Barbarę Jeż

zmarłą dnia 18 kwietnia 2015 r.

Pielegniarkę z wieloletnim doświadczeniem zawodowym
Cześć jej pamięci!

Zespół pielęgniarek i położnych
Kliniki Ginekologii Operacyjnej, Endoskopowej i Ginekologii Onkologicznej
ICZMP w Łodzi



*Żyłaś tak szybko.../Ciekawa życia.../Chciałaś zmieniać świat
ktoś zdmuchnął ogień.../Ze świecy twego życia.../Tym samym nie dał ci szans
łzy wiatr osuszy.../Ból? Z czasem minie.../Pamiętać będziemy zawsze!*

Z głębokim żalem żegnamy naszą koleżankę

śp. Barbarę Twardowską

Byłaś, Basiu, Człowiekiem o wielkim i wrażliwym sercu.
Życzliwa, uśmiechnięta.
Taka pozostaniesz w naszej pamięci.

Koleżanki i Koledzy z Specjalistycznego Psychiatrycznego ZOZ
im. Babińskiego w Łodzi



Kto żyje w pamięci tych, którzy pozostają, nie umiera...

Z ogromnym smutkiem żegnamy zmarłą nagle 15 maja 2015 r.,
w wieku 40 lat naszą Koleżankę

śp. Beatę Marciniak

Koleżanki i Koledzy WSS im. M. Pirogowa przy ul. Wileńskiej 37
w szczególności Pododdziału Gastrologicznego