

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

Agnieszka Kałużna (VII kadencja)
dyżuruje w środy w godz. 16.00–18.00

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

Joanna Gąsiorowska – pielęgniarka (VI kadencja)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

Bożena Pawłowska – położna (VI kadencja)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

Maria Kowalczyk (VI kadencja)
tel. 42 633 22 48

Skarbnik ORPiP w Łodzi

Maria Cianciara (VI kadencja)

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Małgorzata Pniak (VII kadencja)
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

Ewa Skiba (VII kadencja)
dyżuruje w I i III czwartek miesiąca w godz. 15.00–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

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

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

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

Konto bieżące OIPiP

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

Prawo wykonywania zawodu

poniedziałek: dzień bez interesantów; wtorek: 10:00–17:45
środa, czwartek 8:00–15:45; piątek: dzień bez interesantów
tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe

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

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 6

TEMAT MIESIĄCA 7

PRAKTYKA ZAWODOWA 9

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 12

PODZIĘKOWANIA 14

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 15

POŻEGNANIA 18

PIERWSZA POMOC I–IV

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

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

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

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelny: Joanna Gąsiorowska

Zdjęcie na okładce: Bank Zdjęć Photogenica

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów
oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie po-
nosi 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

XLVII posiedzenie Prezydium ORPiP
10 listopada 2015 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 8 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 4 pielęgniarkom.
- ▶ Wygasło prawo wykonywania zawodu pielęgniarek w rejestrze OIPiP w Łodzi – 42 pielęgniarek.
- ▶ Wygasło prawo wykonywania zawodu położnych w rejestrze OIPiP w Łodzi – 4 położnym.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyk pielęgniarek i 1 praktyki pielęgniarsza wykonywanych w przedsiębiorstwach.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki położnej w podmiocie leczniczym.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarek i poprzez dodanie kolejnego miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Dokonano wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej, zgodnie z Program przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - skierowano na przeszkolenie – 2 pielęgniarki i 1 położną.
 - wydano zaświadczenie o odbytym przeszkoleniu – 1 pielęgniarsce.
- ▶ Dokonano 10 wpisów i 2 zmiany we wpisie w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych prowadzonym przez OIPiP w Łodzi



NRPiP

Stanowisko nr 19 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 25 marca 2015 r. w sprawie przenoszenia pielęgniarek i położnych na oddziały i stanowiska pracy nieodpowiadające ich kwalifikacjom zawodowym w niektórych podmiotach leczniczych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się do Ministra Zdrowia o podjęcie działań mających na celu powstrzymanie praktyki niektórych podmiotów leczniczych dotyczących przenoszenia zatrudnionych pielęgniarek i położnych na oddziały

– w zakresie 1 szkolenia, 3 kursów kwalifikacyjnych i 8 kursów specjalistycznych, zgonie z wnioskami złożonymi przez 6 organizatorów kształcenia.

▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniach specjalizacyjnych – 41 osobom, sympozjach i zjazdach – 4 osobom.

▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi 5 zapomóg, w wysokości: 2 × 2500 zł, 2 × 2000 zł i 1 × 1500 zł.

▶ Podjęto stanowisko w sprawie podjęcia przez Starostów, Wójtów, Burmistrzów, Prezydentów Miast działań zmierzających do podwyższenia wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach pomocy społecznej.

▶ Zatwierdzono:

- rezygnację z usług firmy mającej przeprowadzić głosowania elektroniczne podczas obrad XXXII OZPiP w Łodzi (sprawozdawczyborczego) w dniach 23–24 listopada 2015 r.,
- honoraria dla 1 autora artykułu opublikowanego w Biuletynie OIPiP Nr 11/2015,
- rozłożenie na raty spłaty zaległych składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi – 6 osobom,
- kadrę dydaktyczną dla 2 szkoleń specjalizacyjnych i 3 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi/MZ w OIPiP w Łodzi.

▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowisko kierownicze – 1 pielęgniarki/położnej przełożonej i 11 pielęgniarek/położnej oddziałowej.

oprac. mgr Maria Kowalczyk

i stanowiska pracy nieodpowiadające ich kwalifikacjom zawodowym. Z informacji otrzymanych z Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych wynika, iż w niektórych podmiotach leczniczych stosowane są praktyki polegające na przenoszeniu zatrudnionych pielęgniarek i położnych na oddziały i stanowiska pracy nieodpowiadające ich kwalifikacjom zawodowym, tj.: w sytuacji, w której przenoszona pielęgniarka położna nie posiada specjalistycznego przeszkolenia.

Zatrudnienie na podstawie stosunku pracy personelu medycznego, tj. m.in. pielęgniarek i położnych, może być oparte na przepisach kodeksu pracy (ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy; tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 1502 z późn. zm., dalej „kp”), który reguluje podstawowe prawa i obowiązki stron stosunku pracy. Zgodnie z art. 29 § 1 pkt 1) kp umowa o pracę określa strony umowy, rodzaj umowy, datę jej zawarcia oraz warunki pracy i płacy, a w szczególności rodzaj pracy. W myśl zaś art. 42 § 4 kp, wypowiedzenie dotychczasowych warunków pracy lub płacy nie jest wymagane w razie powierzenia pracownikowi, w przypadkach uzasadnionych potrzebami pracodawcy, innej pracy niż określona w umowie o pracę na okres nieprzekraczający 3 miesięcy w roku kalendarzowym,

jeżeli nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia i odpowiada kwalifikacjom pracownika.

Zatem, pielęgniarka i położna zatrudniana indywidualnie przez podmiot leczniczy, choćby bez przybliżenia w umowie o pracę stanowiska pracy lub oddziału, na którym ma wykonywać pracę, niewątpliwie nie może wykonywać pracy, do której nie ma wystarczającego przygotowania zawodowego. Przeniesienie jej więc na stanowisko lub oddział, na którym wykonywanie pracy łączy się z koniecznością posiadania specjalistycznego szkolenia, nie znajduje uzasadnionej podstawy prawnej.

Praktyka opisywana powyżej zagraża wypełnianiu wysokich standardów pracy pielęgniarek i położnych czy ich bezpieczeństwu pracy, ale przede wszystkim stanowić może zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów. Stosownie do treści art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 z późn. zm.), pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.

Pan
Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia

W załączeniu przesyłam stanowisko Nr 19 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 25 marca 2015 roku w sprawie przenoszenia pielęgniarek i położnych na oddziały i stanowiska pracy nieodpowiadające ich kwalifikacjom zawodowym w niektórych podmiotach leczniczych, z prośbą o podjęcie działań mających na celu wstrzymanie stosowanych w niektórych podmiotach leczniczych praktyk w tym zakresie.

Powyższe stanowisko zostało podjęte na podstawie danych przekazanych z 45 okręgowych rad pielęgniarek i położnych, do których NRPiP zwróciła się z zapytaniem o występowanie sytuacji w podmiotach leczniczych, w których pielęgniarki, położne są oddelegowane do wykonywania zadań zawodowych na oddziałach, na których wymagane są specjalistyczne kwalifikacje pielęgniarki, położnej. Na podstawie przesłanych odpowiedzi stwierdzono występowanie ww. problemów w podmiotach leczniczych na terenie działania 7 oipip, co stanowi 15,56 proc. przekazanych informacji z 45 oipip. Przykłady oddelegowania pielęgniarek i położnych do wykonywania czynności zawodowych w innych oddziałach:

- pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego/ostała przeniesiona do poradni medycyny pracy.
- podczas dyżuru pielęgniarka rano wykonuje czynności zawodowe na bloku operacyjnym a po zakończeniu planowych zabiegów
- operacyjnych – na oddziale chirurgii lub szpitalnym oddziale ratunkowym.

- pielęgniarka anestezyjologiczna pełni dyżury nocne jednoosobowo w oddziale anestezyjologii oraz sali wybudzeń; w przypadku gdy musi iść na salę operacyjną zastępuje ją pielęgniarka z innego oddziału,

- pełnienie dyżuru na bloku operacyjnym przez jedną pielęgniarkę operacyjną; w przypadku zabiegu operacyjnego wzywa się pielęgniarkę do asystowania z izby przyjęć,

- przesuwanie nowozatrudnionych położnych po ukończeniu szkoły do pełnienia dyżurów na sali pooperacyjnej, gdzie jest tylko jedna pielęgniarka anestezyjologiczna,

- przeniesienie z oddziału lub ZOŁ-u do izby przyjęć lub do innych oddziałów. np. psychiatrycznych,

- przeniesienie pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego z oddziału neonatologicznego do pracy w oddziale psychiatrycznym,

- zmuszanie pielęgniarek do rozpuszczania leków cytostaticznych w aptece, z powodu braku farmaceuty, w tym czasie na oddziale pozostaje najczęściej jedna pielęgniarka.

- kierowanie pielęgniarek z innych oddziałów do pracy na bloku operacyjnym jako pielęgniarki asystujące.

Ponadto 6 okręgowych izb pielęgniarek i położnych (co stanowi 13,33 proc. przekazanych odpowiedzi z 45 oipip) zaznaczyło, iż z nieoficjalnych informacji wynika, że problem ten także występuje. Wyrażam nadzieję na przychyłność Pana Ministra dla działań NRPiP, które zmierzają do zapewnienia odpowiedniego poziomu realizacji świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne zgodnie z kwalifikacjami zawodowymi ustalonymi w obowiązujących przepisach. Przestrzeganie powyższych standardów warunkuje bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

Prezes NRPiP – dr. n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk



NRPiP

Stanowisko oraz list otwarty Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych

Stanowisko nr 22 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 września 2015 r. w sprawie wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż należy jak najszybciej podjąć prace nad projektami aktów prawnych mających zagwarantować pielęgniarkom i położnym wzrost wynagrodzeń.

Uregulowanie wynagrodzeń na poziomie ustawowym pozwoli na wzrost wynagrodzeń wszystkich pielęgniarek i położnych jak również powstrzyma nasilające się ucieczki osób wykonujących zawody pielęgniarki i położnej poza granice państwa, pozwoli na zniwelowanie stale rosnącej dysproporcji między zarobkami pielęgniarek i położnych a innymi zawodami.

Ponadto poprawi zwiększenie atrakcyjności zawodów, a w konsekwencji zachęci absolwentów studiów pielęgniarskich i położniczych do podejmowania zatrudnienia w kraju.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uważa, iż tylko powyższe uregulowania prawne zagwarantują pielęgniarkom i położnym stabilną sytuację i odpowiednią pozycję w systemie ochrony zdrowia.

Dostrzegając trudną sytuację ekonomiczną pielęgniarek i położnych, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych popiera działania Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych na rzecz wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

Pielęgniarki Domów Pomocy Społecznej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że wzrost wynagrodzeń powinien obejmować wszystkie pielęgniarki i położne wykonujące zawód.

Znając problematykę i trudną sytuację zawodową pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej będziemy kontynuować nasze prace, aby zgodnie ze stanowiskiem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 września 2015 r. w sprawie wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, podwyżki pac objęły bezwzględnie całą grupę zawodową.

W kontekście prac w zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki i położne polegających na wypracowaniu rozwiązań systemowych mających na celu poprawę warunków pracy oraz podniesienia wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w dniu 21 sierpnia br. zwróciła się z prośbą do Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Pana Władysława Kosiniaka-Kamysza, o spotkanie w celu umówienia możliwości poprawy zawodowej pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach pomocy społecznej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych rozpoczęła działania zmierzające do poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych, które podlegają innym resortom niż Ministerstwo Zdrowia.

Prezes NRPiP
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Pielęgniarki i położne, od 1 stycznia 2016 roku, zgodnie ze swoimi kwalifikacjami będą mogły samodzielnie ordynować określone leki, wyroby medyczne, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywnościowego, oraz wystawiać na nie recepty.

10 listopada wejdzie w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 roku w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1739). Natomiast w dniu 28 października 2015 roku Minister zdrowia podpisał rozporządzenie w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne.

Powyższe rozporządzenia umożliwią pielęgniarkom i położnym od 1 stycznia 2016 roku wykonywanie nowych zadań zgodnie z uprawnieniami nadanymi przez art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 ze zm.).

Zgodnie z wykazem ustalonym w rozporządzeniu pielęgniarki, posiadające tytuł magistra pielęgniarstwa i położne z tytułem magistra położnictwa, oraz pielęgniarki, położne z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mogą samodzielnie ordynować określone leki, wyroby medyczne, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, oraz wystawiać na nie recepty. Mogą także wystawiać skierowanie na wykonanie badań diagnostycznych. Natomiast pielęgniarki, położne posiadające dyplom ukończenia studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo będą miały prawo wystawiania recepty na określone leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, zgodnie z zaleceniami lekarza.

Z ustawowych uprawnień będą mogły skorzystać pielęgniarki i położne, które ukończą kurs specjalistyczny w zakresie Ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych. Obowiązek ukończenia tego kursu nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w kształceniu zawodowym na studiach lub w ramach kształcenia na specjalizacjach nabyły wiedzę objętą takim kursem.

Kursy specjalistyczne przygotowujące pielęgniarki i położne do nowych zadań, będą realizowane w ramach pozyskanych funduszy ze środków europejskich. Ministerstwo Zdrowia obecnie ogłosiło konkurs na ich realizację, a pierwsze szkolenia rozpoczną się w I kwartale 2016 roku.

Na podstawie informacji z Ministerstwa Zdrowia projekt programu kształcenia przewiduje, że kursy będą trwały:

- 45 godzin – dla pielęgniarek i położnych uprawnionych do wypisywania recept na leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia w ramach realizacji zleceń lekarskich,
- 65 godzin – dla pielęgniarek i położnych uprawnionych do samodzielnej ordynacji leków zawierających określone substancje czynne, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne oraz wystawiania na nie recept lub zleceń.

Od roku akademickiego 2016/2017 programy kształcenia zawodowego na studiach na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo będą zawierały treści związane z nowymi uprawnieniami zawodowymi, co oznacza, że absolwenci objęci tymi programami nie będą musieli kończyć kursów specjalistycznych w tym zakresie.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 roku w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych: <http://dokumenty.rcl.gov.pl/DU/rok/2015/pozycja/1739>

oprac. Jolanta Kubajka-Piotrowska
dział merytoryczny w biurze NRPiP

OGŁOSZENIE O PRACĘ

**ZOZ Łódź-Polesie zatrudni pielęgniarkę z ukończonym lub rozpoczętym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania.
W sprawie zatrudnienia prosimy kontaktować się z Działem Kadr – tel. 637 20 47 w. 24, e-mail: kadry@zozpolesie.nazwa.pl (Anna Kawalek-Zarzycka).**

Dyrektor
Robert Budziński

Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie podawania leków

Zasady podawania leków przez pielęgniarki w warunkach lecznictwa stacjonarnego

1. Zgodnie z § 13 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania „Wpisy w kartach zleceń lekarskich są dokonywane i podpisane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Osoba wykonująca zlecenie dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia i opatruje ją podpisem”. Pielęgniarka, zgodnie z wymienionym zapisem, podaje leki tylko i wyłącznie na pisemne zlecenie lekarza, wyłączając sytuację ratujące życie.

2. Zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej „Pielęgniarka, położna zobowiązana jest do wykonywania zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej.” Nie dotyczy zleceń wykonywanych podczas zabiegów ratujących życie.

3. W sytuacji posiadania na oddziale zamiennika, lekarz powinien dokonać wpisu odstawienia leku i wpisać właściwy zamiennik.

4. W sytuacji podania leku, do którego jest uprawniona pielęgniarka (rozporządzenie o czynnościach samodzielnych = ma ona prawo podać zamiennik, dokonując adnotacji w dokumentacji medycznej).

5. Zadaniem kierownictwa zakładu opieki zdrowotnej jest określenie leków dostępnych standardowo, zamienników i zasad ich stosowania. Lekarze i pielęgniarki powinny uczestniczyć w regularnych szkoleniach dotyczących stosowania leków, a zespół ds. farmakoterapii dokonywać okresowej oceny stosowanej w szpitalu terapii lekami.

Informowanie pacjentów na temat podawanych leków

1. Każdy chory przebywający w szpitalu ma prawo uzyskać w pełni zrozumiałe informacje o postępowaniu medycznym. Pielęgniarka wykonując zlecenie lekarskie ma prawo poinformować i odpowiedzieć na zadane pytania i wątpliwości pacjenta o rodzaju podawanego leku, dawce i sposobie działania, ma prawo do zwrócenia uwagi pacjenta na ewentualne mogące wystąpić skutki uboczne związane z działaniem leków, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej, pamiętając iż pielęgniarka wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością.

dr n. biol. Grażyna Kruk-Kupiec
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa

Czy pielęgniarka lub położna powinna poinformować okręgową radę pielęgniarek i położnych o aktualnym miejscu jej zatrudnienia?

Obowiązek poinformowania przez pielęgniarkę o aktualnym miejscu zamieszkania okręgową radę pielęgniarek i położnych, której jest członkiem – wynika z art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (jt. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 ze zm.), w myśl którego pielęgniarka i położna wykonujące zawód w formach, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1–3 tej ustawy (a więc w ramach umowy o pracę, w ramach stosunku służbowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej) są obowiązane, w terminie 14 dni od dnia nawiązania stosunku służbowego lub zawarcia umowy, poinformować o tym fakcie okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu, wskazując:

1) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu;

2) datę zatrudnienia i stanowisko, a w przypadku umów na czas określony – datę zakończenia umowy;

3) miejsce wykonywania zawodu.

Ponadto w myśl art. 19 ust. 3 ww. ustawy pielęgniarka i położna wykonujące zawód w powyżej wskazanych formach są obowiązane również poinformować okręgową radę pielęgniarek i położnych, właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu, o rozwiązaniu albo wygaśnięciu umowy, w terminie 14 dni od dnia rozwiązania albo wygaśnięcia umowy.

Z powyższymi regulacjami koresponduje również brzmienie art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej zgodnie, z którym pielęgniarka i położna wpisane do Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych są obowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach jej danych zawartych w tym rejestrze, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania. Pielęgniarka lub położna powinna w szczególności poinformować okręgową radę pielęgniarek i położnych o zmianie danych obejmujących nazwę pracodawcy oraz datę zatrudnienia i stanowisko, poczynając od daty rozpoczęcia wykonywania zawodu.

Reasumując, pielęgniarka lub położna powinna poinformować ORPiP, której jest członkiem o aktualnym miejscu jej zatrudnienia.

Przemysław Ośka
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

HIV/AIDS

Zadania pielęgniarki i położnej

mgr MARIKA OGRODNIK

W dniu 1 grudnia obchodzimy Światowy Dzień AIDS (zespół nabytego niedoboru odporności – acquired immune deficiency syndrome). W tym dniu jak również w ciągu całego roku powinniśmy pamiętać o tym jak ważną rolę w profilaktyce tej choroby odgrywamy my – pielęgniarki i położne. To właśnie my podczas wykonywania swoich obowiązków zawodowych mamy znacznie więcej okazji do rozmowy z pacjentami, którzy to właśnie do nas zwracają się z pytaniami. Również nasza wiedza chroni nas przed ryzykiem zakażenia poprzez ekspozycję zawodową. Ważne staje się zatem gruntowne przygotowanie personelu medycznego pod względem czynników ryzyka, etiologii, profilaktyki oraz wczesnego wykrywania HIV (*human immunodeficiency virus* – ludzki wirus upośledzenia odporności).

Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny, od wdrożenia badań w 1985 roku do 31 maja 2015 roku, w Polsce stwierdzono zakażenie wirusem HIV u 19 120 osób, wśród których około 3000 osób zachorowało na AIDS, z czego 1299 chorych zmarło.

W województwie łódzkim dochodzi do bardzo dużej ilości zachowań ryzykownych, a jednocześnie jest w tym województwie wysoki odsetek wykrywania nowych zakażeń (3 miejsce w Polsce).

Warto pamiętać że nie każdy materiał biologiczny jest zakaźny, do materiałów zakaźnych zaliczamy: krew, wydzielinę z narządów płciowych, płyn mózgowo-rdzeniowy, mleko matki (dla noworodka); potencjalnie zakaźne są takie płyny ustrojowe jak: opłucnowy, osierdziowy, maziowy, owodniowy, otrzewnowy; niezakaźne zaś są: łzy, pot, mocz, wymiociny, ślina chyba, że są z domieszką krwi.

Do niedawno mówiono o grupach ryzyka, obecnie mówi się o ryzykownych zachowaniach, czyli sytuacjach, które sprzyjają zakażeniu wirusem HIV. Czynniki podnoszącymi ryzyko zakażenia wirusem HIV są: przyjmowanie narkotyków w postaci iniekcji, wielu partnerów seksualnych, każdy rodzaj stosunku seksualnego z penetracją bez prezerwatywy, narkotyki i alkohol, irygacje, stosunek seksualny podczas miesiączki.

W momencie wnikięcia wirusa HIV do organizmu człowieka rozpoczyna się przewlekłe zakażenie, dzięki któremu



Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny, od wdrożenia badań w 1985 roku do 31 maja 2015 roku, w Polsce stwierdzono zakażenie wirusem HIV u 19 120 osób, wśród których około 3000 osób zachorowało na AIDS, z czego 1299 chorych zmarło.

w miarę upływu czasu upośledzana jest funkcja limfocytów CD4. Najlepsza sytuacja jest wtedy, gdy zakażenie HIV jest rozpoznane w stadium bezobjawowym, kiedy osoba zakażona czuje się dobrze. Wtedy można zastosować leczenie, które minimalizuje postęp upośledzania funkcji limfocytów CD4.

Diagnostyka laboratoryjna stosowana współcześnie w ramach wykrycia zakażeń HIV jest wiarygodna szybka i czuła. Efektem jej jest ograniczenie szerzenia się infekcji. Obecnie zalecany jest tok diagnostyczny, który powinien minimalizować liczbę pobrań krwi. Oznaczenia można wykonywać z pojedynczych próbek, przechowując próbki zapasowe, a następnie wykorzystując je np. do poszerzenia diagnostyki.

W Polsce rekomendowane przez PTN AIDS jest wykonywanie testów:

- przesiewowych ELISA
- potwierdzeń WESTERN BLOT

Prawidłowa diagnostyka testami przesiewowymi powinna być poprzedzona zakończeniem poradnictwem okołotestowym. Wskazane jest to przede wszystkim ze względu na możliwość uzyskania wyników fałszywie dodatnich lub ujemnych.

Decyzję o rozpoczęciu terapii ARV (antyretrowirusowej) określanej skrótowo HAART (highly active antiretroviral

W województwie łódzkim dochodzi do bardzo dużej ilości zachowań ryzykownych, a jednocześnie jest w tym województwie wysoki odsetek wykrywania nowych zakażeń (3 miejsce w Polsce).

therapy – wysoce aktywną terapię antyretrowirusową), podejmuje lekarz we współpracy z pacjentem. Terapii nie można odwlekać w nieskończoność, jak również rozpocząć jej za wcześniej. Raz zastosowana musi być kontynuowana do końca życia. Decyzja o podjęciu leczenia ARV jest bardzo obciążająca nie tylko dla lekarza, ale przede wszystkim dla pacjenta. Osoba zakażona powinna wiedzieć, jak najlepiej odnośnie leków, leczenia, możliwych skutków ubocznych. Tylko taka wiedza i świadomie podjęta decyzja pozwolą pacjentowi na systematyczność i rzetelność terapii.

Od 1993 roku Krajowe Centrum ds. AIDS (KC ds. AIDS) koordynuje i prowadzi działania, których celem jest zahamowanie epidemii HIV/AIDS w Polsce. W 2011 roku po raz kolejny został stworzony Krajowy Program Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2012–2016 zatwierdzony Rozporządzeniem Rady Ministrów w dniu 1 marca 2011 roku. Do niektórych z celów szczegółowych tego programu należą:

- usprawnianie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży,
- wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS w celu zmniejszenia poziomu zachowań ryzykownych,
- poprawa, jakości i dostępności do diagnostyki zakażeń HIV dla osób narażonych na zakażenie HIV,
- usprawnienie systemu opieki nad osobami, które uległy ekspozycja zakażenia HIV.

Wśród celów szczegółowych jest również miejsce na edukowanie społeczeństwa przez personel pielęgniarski i położniczy. Niezwykle istotne jest, aby każda pielęgniarka i położna posiadała wiedzę z zakresu etiologii, czynników ryzyka, wczesnego wykrywania jak również profilaktyki,

Powinnyśmy pamiętać, że każda pacjent może być potencjalnie zakażony. Pielęgniarka i położna powinna wiedzieć, jak postąpić w przypadku ekspozycji zawodowej, oraz potrafić poinstruować osobę, która takiej ekspozycji uległa, jak ma postąpić.

nie tylko w ramach edukacji, ale również dla siebie samej. Powinnyśmy pamiętać, że każda pacjent może być potencjalnie zakażony. Pielęgniarka i położna powinna wiedzieć, jak postąpić w przypadku ekspozycji zawodowej, oraz potrafić poinstruować osobę, która takiej ekspozycji uległa, jak ma postąpić np. podczas zranienia: nie należy hamować wypływu krwi, miejsce zranione należy jak najszybciej umyć pod bieżącą wodą przy pomocy mydła lub preparatami do mycia rąk (zawierającymi 60–90 proc. alkohol) oraz założyć opatrunek wodoszczelny. W każdym przypadku ekspozycji zawodowej, trzeba pamiętać o niezwłocznym poinformowaniu przełożonego oraz udać się do Centrum Referencyjnego celem diagnostyki i wdrożenia działań swoistych. Diagnostyce w przypadku ekspozycji zawodowej podlega nie tylko osoba ekspozowana, ale również osoba, której materiałem potencjalnie zakaźnym nastąpiła ekspozycja. W tym celu należy pobrać od pacjenta jedną próbkę na skrzep. Pamiętać jednak trzeba, że aby było wykonane badanie na obecność przeciwciał anty HIV potrzebna jest pisemna zgoda zarówno osoby ekspozowanej jak i pacjenta, dzięki któremu doszło do ekspozycji.

Literatura:

1. http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm.
2. Minister Zdrowia, Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2012–2016. Na podstawie § 4 ust. 6 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS (Dz. U. Nr 44, poz. 227) opracowany przez Krajowe Centrum do Spraw AIDS, Warszawa, 30 styczeń 2012 r.
3. Halot W, Juszcak J. (red.) „HIV/AIDS. Podręcznik dla lekarzy i studentów”, Termedia, Poznań 2006.
4. Dr n med. Marek Beniowski „Postępowanie poekspozycyjne u osób narażonych zawodowo na patogeny przenoszone drogą krwi – Rekomendacje PTN AIDS” – http://www.choroby-zakazne.pl/uploads/pdf/POSTEPOWANIE_PO_EKSPOZYCJI.pdf – 26.05.2012.
5. Dancewicz M., Szymankiewicz M., Kowalewski J., Karwacka M., Postępowanie w przypadku ekspozycji pracowników szpitala HBV, HCV i HIV” „Przegląd Epidemiologiczny” 2005; 59: 671–677.
6. Żaba Cz., Żab Z., Klimberg A., Świderski P., „Diagnostyka zakażeń HIV w świetle przepisów prawnych”. Sprawozdanie z konferencji ARCH. MED. SĄD. KRYM., 2007, LVII, 118–121.
7. Horban A., Cholewińska G., Podlasin R. (red.) „Zasady opieki medycznej nad pacjentami zakażonymi HIV” Rekomendacje PTN AIDS 2009, Warszawa 2009.
8. Bąkowska E., Rogowska-Szadkowska D., „Leczenie antyretrowirusowe (AVR)”, Materiały informacyjne dla osób żyjących z HIV, Warszawa 2008.
9. Dobrzańska A., Ryżko J. (red.), „Pediatria. Podręcznik do Państwowego Egzaminu Lekarskiego i egzaminu specjalizacyjnego”, Urban&Partner, Wrocław 2006, 726–727.
10. Bręborowicz G. H., „Ginekologia”, Urban & Partner, Wrocław 2006, 161–162.

mgr pielęgniarstwa Marika Ogrodnik
pielęgniarka specjalista w dziedzinie
pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki
PTPAiO oddział Łódź.
USK nr 1 im N. Barlickiego OKAiiT

Samokontrola, czyli „myślę, że dam sobie radę!”

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Wszyscy kierujemy się w życiu pewnymi ukrytymi regułami, które dyktują, kiedy można sobie pozwolić na przyjemność, a kiedy trzeba odłożyć ją na później. Ta znana prawda ma daleko idące konsekwencje – decyduje o tym, jak traktujemy siebie samych, a nawet odpowiada za to, jak wychowujemy własne dzieci. Warto więc mieć świadomość, czym dysponują rodzice i jak można wykorzystać to na korzyść siebie samych i innych, bliskich nam osób.

Czy każdemu po równo samokontroli?

Różnice między ludźmi pod względem zdolności opierania się pokusom i radzenia sobie z bolesnymi emocjami ujawniają się już w wieku przedszkolnym. Są one trafnym predykatorem ważnych konsekwencji biologicznych i psychicznych w ciągu całego życia. Skuteczne strategie kontroli ułatwiają bowiem skuteczne radzenie sobie w różnych sytuacjach życiowych, np.: pomagają w panowaniu nad sobą w stresujących okolicznościach (dzięki umiejętności odraczania gratyfikacji w czasie); dzięki niej też niektórzy z większą łatwością oszczędzają na swoją przyszłość emerytalną (sic!). To również samokontroli zawdzięczamy to, że szybciej poradzimy sobie z bólem po rozstaniu z kimś bliskim, a osoby wrażliwe na odrzucenie społeczne mają siłę na podtrzymanie związków z innymi. Nie można więc zlekceważyć potęgi samokontroli! A jak ona wygląda u Ciebie? Czy jesteś wyznawcą maksymy: „bez pracy nie ma kołaczy”? i ciężko pracujesz każdego dnia, aby w przyszłości osiągnąć stabilne życie? Czy może jesteś przekonana, że „carpe diem” jest najlepszym sposobem na osiągnięcie szczęścia osobistego? To są ważne pytania, gdyż od sposobu, w jaki na nie odpowiadasz, zależy to, jak wyznaczasz standardy osiągnięć – swoich i swoich bliskich oraz to, jak nagradzasz siebie za ich osiągnięcie. Jeśli chcesz, aby twoje dziecko zinterenalizowało wysokie standardy samonagradzania, należy wpajać mu takie standardy i jednocześnie modelować je własnym zachowaniem. Zatem rodzicielskie przesłanie: „rób to, co ja” jest bardziej odpowiednie, niż motywujące do niespójnych zachowań: „rób to, co ja mówię”.

A co, jeśli brakuje samokontroli?

Samokontrola to umiejętne korzystanie z funkcji wykonawczych. To one pozwalają na planowanie, rozwiązywanie problemów i elastyczność psychiczną. Są też niezbędnym składnikiem do osiągnięcia sukcesów szkolnych (wysoko rozwinięte funkcje wykonawcze pomagają w hamowaniu impulsywnych reakcji, pamiętaniu kolejnych sekwencji polecenia i kontrolowaniu swojej uwagi, aby nie ulegać dystraktorom w trakcie dążenia do realizacji celu). Dzieci żyjące w przewlekłym napięciu i stresie mają mniejsze szanse na rozwój funkcji wykonawczych, a tym samym nie mogą konstruktywnie regulować swoich emocji negatywnych ani nie potrafią łagodzić doświadczanego stresu. Wreszcie brak dostatecznie rozwiniętych funkcji wykonawczych jest w dużej mierze odpowiedzialny za zachowania agresywne typu acting-out; takie dzieci mają większe problemy, aby się uspokoić; nie potrafią także odraczać gratyfikacji, a proste (teoretycznie chłodne) szkolne zadanie typu nauka dodawania może stać się dla nich zadaniem gorącym, jeśli silny lęk przed niepowodzeniem uruchomi system gorący i osłabi działanie systemu chłodnego. I jeszcze jedno – dzieci, u których w wieku przedszkolnym nie rozwinęła się dostatecznym stopniu funkcja wykonawcza, są narażone na większe ryzyko wystąpienia ADHD i trudności w nauce!

Jak stymulować rozwój funkcji wykonawczych?

Szczęśliwie, umiejętność samokontroli (poznawczej i emocjonalnej) można rozwijać i aktywnie z niej korzystać na tyle

skutecznie, że stanie się w końcu czynnością zautomatyzowaną (wiedzą o tym ludzie, którzy ciągle zabiegają o rozwój umiejętności samokontroli. Oni wiedzą też, że dzięki tym działaniom nie trzeba być ofiarą własnej historii społecznej i biologicznej). Niektórzy korzystają z tej możliwości i ciągle doskonalą własne umiejętności „podgrzewania przyszłości i ochładzania teraźniejszości”.

Już od wielu lat badacze zajmujący się prawidłowościami decydującymi o rozwijaniu funkcji wykonawczych głowią się nad zagadnieniem, w jaki sposób stymulować rozwój tych funkcji. Jednym z efektów tych przemyśleń jest Program Tools of Mind (Narzędzia Umysłu), który doskonali funkcje wykonawcze u dzieci już w wieku przedszkolnym. Wyćwiczona dzięki treningowi pamięć operacyjna pomaga osobom z ADHD w sprawnym radzeniu sobie z zaburzeniami koncentracji uwagi i impulsywnością. Pamięć operacyjna jest potrzebna do krótkotrwałego przechowywania informacji i jest jednym z najważniejszych elementów funkcji wykonawczej, niezbędnej do osiągnięcia zaplanowanych celów i radzenia sobie z pokusami.

Wśród ćwiczeń, które pomagają w rozwoju tej funkcji, wymienia się także: ćwiczenia medytacyjne, trening uważności (czyli ćwiczenie umiejętności osiągnięcia stanu pełnego skupienia na chwili obecnej), aktywność fizyczną oraz wszelkie formy przeciwdziałające poczuciu samotności, zapewniające wsparcie społeczne i wzmacniające więzi międzyludzkie.

Symbolem niepohamowanego, fizycznego pragnienia jest Ciasteczkowy Potwór, który kieruje się głównie układem gorącym („Ja chcę ciastko!”). W trakcie „Gry w czekanie”, w której bierze udział, odkrywa, że potrzebuje strategii, aby oprzeć się pokusie („Mam! Ja przestać myśleć o ciastku i bawić się zabawką!”).

Komu wody dla ochłody? Komu?

Liczne eksperymenty, wśród których najbardziej znanym jest „Test Marshmallow” (przedszkolaki w Pokoju Niespodzianek były proszone, aby wstrzymały się ze zjedzeniem pianki marshmallow przez 15 minut, a wtedy mogły otrzymać w nagrodę dwie pianki), wykazały, że naszym zachowaniem rządzą dwa systemy. Zostały one nazwane przez Waltera Mischela (jednego z najwybitniejszych psychologów naszych czasów) systemem chłodnym i gorącym. Mischel porównuje te dwa systemy z jednej strony do pracowitych mrówek (chłodny, poznawczy system, który pozwala na tworzenie planów na przyszłość dzięki przewidywaniu konsekwencji własnych wyborów; dzięki niemu możemy też kierować się w zachowaniu chłodnym, racjonalnym myśleniem) z drugiej – do leniwych koników polnych, postępujących w życiu zgodnie z zasadą „carpe diem” (gorący system emocjonalny koncentrujący się na doraźnie odczuwanych potrzebach i pragnieniach). Łatwo przewidzieć, komu w opisanym wcześniej eksperymencie udało się z powodzeniem odczekać 15 minut na otrzymanie podwójnej nagrody pod postacią słodyczy.

Przedszkolaki z rozwiniętymi funkcjami wykonawczymi składającymi się na samokontrolę mogły z powodzeniem odraczać w czasie przyjemności, gdyż potrafiły wyobrazić sobie daleką przyszłość (w końcu 15 minut w wieku kilku lat to cała wieczność) i związane z nią przyjemności, jako całkiem bliską. Co więc można zrobić, aby z powodzeniem czekać na podwójną porcję słodyczy (albo inną alternatywną nagrodę) w przyszłości? Aby zapanować nad impulsywnością gorącego systemu emocjonalnego, trzeba uruchomić aktywność kory przedczołowej – to najważniejszy element chłodnego systemu poznawczego.

„Jeżeli..., to...”

– czyli rzecz o planach implementacyjnych

Umiejętność panowania nad sobą to zespół kompetencji poznawczych, a to oznacza, że warunkiem skorzystania z niej jest motywacja. Poziom chęci skorzystania z umiejętności zależy zaś od tego, jak postrzegasz sytuację, jak oceniasz prawdopodobne skutki swoich działań oraz od siły pokusy. Aby oprzeć się atrakcyjnej pokusie, gorącą reakcję „start”, musisz zastąpić reakcją o charakterze hamującym „nie”. Trzeba więc zadać sobie pytanie „Co mógłbym zrobić, aby się nie odrywać od pracy i nie pozwolić x (dystraktorowi) przeszkodzić mi w ukończeniu zadania? Pomyślmy... Mogę np. zrobić tak...” Jest to przykład planu implementacyjnego, typu „Jeżeli..., to...”, np. „Jeżeli kolega z ławki będzie mnie zagadywał w trakcie rozwiązywania zadania, to mogę popatrzeć na swoją pracę i powiedzieć – nie, nie będę teraz rozmawiał, pracuję”. W ten sposób atrakcyjny bodziec (pogawędka z kolegą) zostanie połączony z pożądaną reakcją, umożliwiając tym samym oparcie się pokusie. Takie plany implementacyjne pomagają w dążeniu do ważnych, ale trudnych do osiągnięcia celów. To właśnie dzięki budowaniu takich planów studenci mogą przygotowywać się do sesji mimo pokus, osoby na diecie powstrzymują się przed zjedzeniem ulubionych łakoci, a dzieci z zaburzonymi zachowaniami hamują swoje impulsywne zachowania. Aby uruchomić plan implementacyjny, muszą pojawić się określone sygnały komunikacyjne – np. „Kiedy będę przechodziła koło cukierni, to nie kupię sobie ciastka”, lub „Gdy będę wściekły, to pójdę na spacer”. Takie plany trzeba ćwiczyć, aż w końcu wytworzy się nowe połączenie (skojarzenie) i powstanie nawyk porównywany do nawyku mycia zębów przed snem. W ten sposób włącza się plan opierania się pokusom za pomocą systemu chłodnego, a człowiek, który posiada tę umiejętność, jest szczęśliwcem, który kontroluje swoje życie. Jeśli je ciasteczko, to dlatego, że tego chce, a nie dlatego, że „pokusa była silniejsza od niego”, a od takich ciastek, jak powszechnie wiadomo, się nie tyje.

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

Pierwsza pomoc

Pierwsza pomoc w urazach (urazy czaszkowo-mózgowe)

ANETA BRONKA

Zwiększenie tempa życia, uprawianie ryzykownych dyscyplin sportowych, rozwój przemysłu i techniki to niektóre czynniki odpowiedzialne za zwiększoną liczbę urazów. Wzrasta liczba osób ulegających wypadkom komunikacyjnym, część z nich doznaje obrażeń w wyniku pobicia, w trakcie wykonywania czynności zawodowych lub uprawiania sportu [1].

Uraz głowy często współistnieje z innymi obrażeniami ciała, jakich doznaje poszkodowany, np. z urazem szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej lub kończyn. Ponad 60 proc. wszystkich zamkniętych urazów czaszkowo-mózgowych stanowią lekkie urazy głowy (LUG), które manifestują się jako wstrząśnienie mózgu. Większość chorych po przebyciu lekkiego urazu głowy nie wymaga specjalistycznej interwencji lekarskiej i powraca do zdrowia w ciągu kilku tygodni. Jednak u 1/3 z nich do 3 miesięcy po urazie rozwija się subiektywny zespół pourazowy. Po roku od przebytego urazu 7–15 proc. chorych zgłasza wciąż występowanie objawów wpływających na ich funkcjonowanie społeczne, co sprawia, że część z nich nigdy już nie podejmuje swoich aktywności na polu zawodowym [2].

URAZY CZASZKOWO-MÓZGOWE

Najbardziej narażeni na doznanie urazu głowy są ludzie starsi – po 75 r.ż., młodzi dorośli oraz dzieci do lat 4. Bardzo często osobami poszkodowanymi są także rowerzyści i liczba wypadków z ich udziałem z roku na rok niestety rośnie. W 2014 roku na polskich drogach zginęło 286 rowerzystów a 4270 zostało rannych [3, 4].

Uraz głowy to także jedna z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności dzieci, młodzieży i starszych osób w Polsce. Waga problemu jest tak duża ponieważ urazy mózgu dotyczą często osób młodych, bardzo aktywnych na polu społecznym, budujących dopiero swoją sferę zawodową. W 2011 roku u ponad 4 proc. mieszkańców Polski wystąpiły urazy głowy, ich następstwa są bardzo niepokojące i mają ogromny wpływ, nie tylko na funkcjonowanie pojedynczych osób, ale całych rodzin [5]. U wielu pacjentów po ciężkich urazach głowy stwierdza się zaburzenia neurologiczne a w niektórych przypadkach pacjent pozostaje do końca życia w stanie wegetatywnym [6].

Należy zwrócić uwagę na fakt, że wszystkie urazy głowy, nawet te wyglądające na niegroźne, są niebezpieczne dla poszkodowanego i wymagają pomocy specjalistycznej. Nie zawsze

rozległość widocznego urazu czaszki jest równoznaczna ze stopniem uszkodzenia elementów kostnych czaszki lub samego mózgu. Ranom głowy zwykle towarzyszą znaczne krwawienia, sprawiające wrażenie rozległego urazu. Najczęściej są to jednak powierzchowne rany, które nie powodują uszkodzenia struktur leżących w jamie czaszki. Poważne uszkodzenie mózgu może natomiast nastąpić bez widocznych, krwawiących ran czy złamań np. w efekcie działania sił akceleracji (przyspieszenia) podczas wypadku komunikacyjnego lub w wyniku uderzenia tępym narzędziem.

Najgroźniejsze są te obrażenia głowy, którym towarzyszą zaburzenia przytomności. Krótkotrwała utrata przytomności po urazie z reguły oznacza wstrząśnienie mózgu natomiast utrata przytomności występująca kilka minut, godzin lub dni po urazie głowy może świadczyć o poważniejszych uszkodzeniach mózgu [7].

Jeżeli uraz dotyczył górnej połowy ciała oraz spowodował zaburzenia świadomości lub utratę przytomności, zawsze w takich przypadkach należy podejrzewać możliwość wystąpienia obrażeń mózgu i kręgosłupa [8].

Obrażenia głowy lub kręgosłupa najczęściej powstają w przypadku: • upadku z wysokości, • skoków do wody, • rażenia piorunem, • porażenia prądem, • wypadku komunikacyjnego, • uprawiania sportu o dużym ryzyku urazowości, • uszkodzenia podczas urazu zabezpieczeń głowy (kask) [6].

Patofizjologia obrażeń czaszkowo-mózgowych

Obrażenia mózgu można podzielić na dwie kategorie – pierwotne i wtórne: • obrażenia pierwotne – uszkodzenie tkanki mózgowej spowodowane bezpośrednio urazem, • obrażenia wtórne – uszkodzenie tkanki mózgowej spowodowane niedotlenieniem i zaburzeniami perfuzji mózgowej [3, 6].

Obrażenia pierwotne powstają w momencie urazu, gdy tkanka mózgowa i naczynie zaopatrujące mózg ulegają uciśnięciu, naciągnięciu lub rozerwaniu. Można wyróżnić obrażenia pierwotne otwarte, zamknięte i zmiażdżenie.

Obrażenia zamknięte

Tego rodzaju obrażenia występują najczęściej. Ofiary urazu nie mają na głowie przerwanej ciągłości skóry ani ran otwartych. Uraz jest efektem działania sił przyspieszenia (akceleracji) i opóźnienia (deceleracji) np. podczas zderzenia. Mózg wraz



z głową porusza się szybko do przodu potem gwałtownie do tyłu, może dodatkowo ulegać rotacji bocznej, pociąganiu a nawet rozerwaniu. W tkance mózgowej powstają rozlane zmiany (wstrząśnienie, stłuczenie, krwawienie) niejednokrotnie z uszkodzeniem naczyń zaopatrujących mózg.

Obrażenia otwarte – rany otwarte lub penetrujące

W tym przypadku mózg zostaje uszkodzony i odsłonięty; ma to miejsce na przykład wskutek postrzału, uderzenia ostrym narzędziem lub przedmiotem (siekiera, dźwignia hamulca motocyklowego). Uraz może być ograniczony do jednego obszaru lub połączony z uszkodzeniem powstałym wskutek działania sił akceleracji i deceleracji.

Zmiażdżenie

Obrażenia tego typu zdarzają się najrzadziej i towarzyszą z reguły poważnym wypadkom komunikacyjnym. Mają miejsce wtedy, gdy głowa zostanie uwięziona między dwoma twardymi obiektami jak np. koło samochodowe i podłóżce. Najczęściej prowadzi do uszkodzenia podstawy czaszki i nerwów wychodzących z pnia mózgu.

Obrażenia wtórne

Obrażenia wtórne natomiast powstają w wyniku reakcji tkanki mózgowej na pierwotny uraz. W ciągu kilku godzin może dojść do obrzęku mózgu, zaburzeń krążenia mózgowego z powstaniem nadciśnienia wewnątrzczaszkowego i niedotlenieniem mózgu [3, 6, 9].

JAK URAZ WPŁYWA NA PRACĘ MÓZGU

Uraz głowy może spowodować jedynie powierzchowne otarcia naskórka, miejscowe obrzęki tkanki podskórnej lub zasinienia. Poważniejszym urazom towarzyszą objawy wskazujące na obrażenia ośrodkowego układu nerwowego.

Uraz zaburza pracę mózgu w sposób nieodwracalny lub odwracalny. Uszkodzenie może objawiać się w różny sposób, zależnie od lokalizacji, rozległości i ciężkości urazu. Włókna nerwowe przewodzące ruch i bodźce czuciowe krzyżują się w obrębie mózgu dlatego uraz konkretnej okolicy wywołuje zaburzenia przeciwnej funkcji połowy ciała, stąd np. stłuczenie okolicy ciemieniowej mózgu powoduje osłabienie siły mięśniowej kończyn po przeciwnej stronie ciała. Uraz lewej półkuli lub pnia mózgu może wywołać zaburzenia mowy. Śpiączka, niedowład kończyn, zaburzenia mowy to objawy uszkodzenia mózgu, które zwykle najłatwiej jest rozpoznać. Uraz mózgu powoduje również nie mniej poważne „ukryte” uszkodzenia, które prowadzą do zaburzeń osobowości, depresji, zaburzeń, myślenia, pamięci lub snu. Na przykład uraz okolicy czołowej i stłuczenie płatów czołowych sprawia, że pacjent traci zdolność oceny sytuacji oraz samokontrolę i zachowuje się nieadekwatnie do sytuacji np. agresywnie, wulgarnie itd. [5].

Wczesne następstwa urazów głowy: • wstrząśnienie mózgu, • stłuczenie mózgu, • krwaki wewnątrzczaszkowe (nadtwardówkowe, podtwardówkowe, śródmózgowe), • pourazowe

krwawienie podpajęczynówkowe, • pourazowy płynotok nosowy lub uszny, • ostre wodogłowie pourazowe, • zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, • uszkodzenie nerwów czaszkowych.

Późne następstwa urazów głowy: • późny płynotok nosowy lub uszny, • encefalopatia pourazowa, • nawracające zapalenie opon mózgowych i mózgu, • ropień mózgu, • padaczka pourazowa, • pourazowy zanik korowo-podkorowy, • zespół pourazowy [10].

Objawy towarzyszące urazom czaszkowo-mózgowym:

- Uraz głowy: senność, splątanie, dezorientacja, co do swojej osoby, miejsca lub czasu, utrata przytomności; nudności, wymioty; bóle i zawroty głowy; zaburzenia widzenia; osłabienie lub problemy poruszaniem się (dotyczy jakiegokolwiek części ciała); drgawki.
- Uraz kręgosłupa: ból, sztywność karku i/lub bolesność podczas dotykania szyi u przytomnych pacjentów; osłabienie lub problemy z poruszaniem np. kończyn górnych lub dolnych, szyi; samoistne oddanie moczu lub kału; zaburzenia oddechu, zaburzenia termoregulacji.

Pamiętaj! Jeżeli osoba poszkodowana jest przytomna, nie spożywała alkoholu bądź leków i nie manifestuje wymienionych objawów, to prawdopodobieństwo uszkodzenia kręgosłupa szyjnego jest niewielkie – wynosi jedynie 1–2 proc. [7].

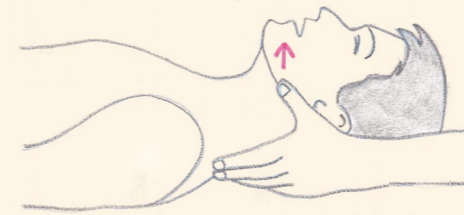
PIERWSZA POMOC W URAZACH CZASZKOWO-MÓZGOWYCH

Udzielanie pomocy osobom po urazie czaszkowo-mózgowym może być utrudnione na skutek zaburzeń OUN spowodowanych urazem lub ze względu na współistniejące upojenie alkoholowe lub spożycie narkotyków [8].

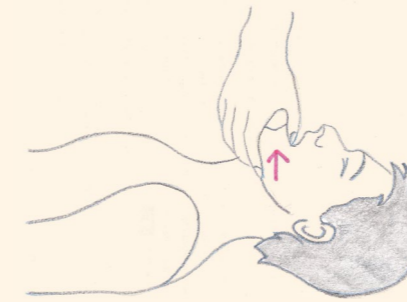
1. Zanim przystąpisz do udzielania pomocy poszkodowanej osobie:
 - Sprawdź, czy miejsce zdarzenia jest bezpieczne dla poszkodowanego, ratowników oraz innych świadków zdarzenia i niezwłocznie wezwij pomoc (numer alarmowy 112 lub 999).
 - Jeżeli istnieje ryzyko zawału, pożaru, porażenia prądem lub podejrzenie skażenia chemicznego, niezwłocznie powiadom o tym fakcie odpowiednie służby i odejdź na bezpieczną odległość!
 - Jeżeli jesteś świadkiem wypadku na drodze, przed rozpoczęciem działań ratunkowych zadбай o własne bezpieczeństwo (włącz światła awaryjne w swoim samochodzie, upewnij się, że samochód nie stoczy się po pochyłości (hamulec ręczny), ustaw trójkąt odblaskowy w odpowiedniej odległości, włóż kamizelkę odblaskową).
 - Jeżeli masz taką możliwość zastosuj środki ochrony osobistej (rękawiczki jednorazowe) [11, 12].
2. Oceń stan ogólny poszkodowanego wg schematu ABCD.
3. Wezwij Zespół Ratownictwa Medycznego, jeżeli jeszcze tego nie zrobiłeś (112 lub 999).
4. Uspokój poszkodowanego, zapewnij go, że pomoc jest w drodze.

5. Jeżeli poszkodowany jest przytomny – zbierz jak najwięcej informacji dotyczących mechanizmu urazu, ewentualnej utraty przytomności i czasu utrzymywania się zaburzeń świadomości, współistniejących chorób. Stan poszkodowanego może gwałtownie się pogorszyć i informacje zebrane przez świadka zdarzenia mogą mieć kluczowe znaczenie dla czynności ratunkowych podejmowanych przez ZRM.

6. Udrażniając drogi oddechowe pamiętaj o ochronie kręgosłupa szyjnego. Stabilizując głowę i szyję poszkodowanego, wysuń kciukami kąt żuchwy do przodu bez odginania głowy do tyłu (ryc. 1) lub unieś żuchwę za zęby do przodu bez odginania głowy (ryc. 2). Podczas wszystkich czynności stabilizuj odcinek szyjny kręgosłupa, najlepiej za pomocą własnych rąk. Przytrzymaj głowę poszkodowanego tak, aby nie mógł nią poruszać.



Rys. 1. Udrożnienie dróg oddechowych za pomocą wysunięcia żuchwy bez odginania głowy do tyłu



Rys. 2. Udrożnienie dróg oddechowych za pomocą uniesienia żuchwy za zęby bez odginania głowy do tyłu

Obracając poszkodowanego na bok (np. z powodu wymiotów) staraj się, aby kręgosłup i głowa pozostawały cały czas w jednej linii. Należy pamiętać, że w pierwszych godzinach po urazie głowy wymioty występują bardzo często.

7. Przemieszczaj poszkodowanego tylko w sytuacjach, gdy miejsce, w którym się znajduje, jest niebezpieczne lub jest to konieczne do prawidłowego prowadzenia resuscytacji.

8. Zabezpiecz poszkodowanego przed utratą ciepła i kontroluj funkcje życiowe do chwili przyjazdu Zespołu Ratownictwa Medycznego [3, 6, 9, 11].

POSTĘPOWANIE W WYBRANYCH URAZACH CZASZKOWO-MÓZGOWYCH

Wstrząśnienie mózgu

Jest to stan, w którym na skutek urazu dochodzi do przejściowego zaburzenia czynności mózgu bez zmian w jego strukturze. Należy pamiętać o tym, że w wyniku urazu głowy,

może dojść do wstrząśnienia mózgu nawet, jeżeli nie wystąpią wymienione poniżej objawy. Objawy: • nagła, chwilowa utrata przytomności, • niepamięć wsteczna – po odzyskaniu przytomności poszkodowany nie pamięta, co się stało, • nudności, wymioty, • ból głowy.

Pierwsza pomoc:

- Udrożnij drogi oddechowe i monitoruj parametry życiowe.
- Ułóż w pozycji bezpiecznej, jeżeli nie ma podejrzenia o uszkodzenie kręgosłupa szyjnego i poszkodowany samodzielnie oddycha.

Obrażenia powłok czaszki

Uszkodzenie w obrębie powłok czaszki może powodować znaczne krwawienie, ze względu na bogate unaczynienie tej okolicy.

Pierwsza pomoc: Załóż opatrunek uciskowy na miejsce krwawienia.

Złamanie kości czaszki

Mogą dotyczyć: mózgowiczaszki, twarzoczaszki lub podstawy czaszki. Objawy złamania podstawy czaszki: • ból głowy z różnego stopnia zaburzeniami świadomości, • wymioty, • krwawk okularowy (zmiana zabarwienia skóry wokół oczu często koloru fioletowo-niebieskiego), • zmiana zabarwienia skóry w okolicy wyrostka sutkowatego, • możliwość wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego i/lub krwi – z uszu, nosa lub po tylnej ścianie gardła, • tętno – zwolnione jeśli dochodzi do wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego, przyspieszone jeśli współistnieje wstrząs hipowolemiczny.

Pierwsza pomoc:

- Załóż opatrunek na miejsce uszkodzenia, ale przy złamaniu otwartym – bez stosowania ucisku.
- Nie tamuj wycieku krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego z ucha. Grozi to wzrostem ciśnienia śródczaszkowego i może doprowadzić do obrzęku mózgu. Zastosuj na okolicę jałowy opatrunek.
- Widocznych, wystających odłamów kostnych nie wpychaj do środka i nie usuwaj przedmiotów przenikających do wnętrza czaszki – zabezpiecz je jałowym, nieuciskającym opatrunkiem. Ciała obce o takim umiejscowieniu mogą być usunięte tylko w warunkach sali operacyjnej [3, 6].

SPOSOBY STABILIZACJI KRĘGOSŁUPA SZYJNEGO

Jeżeli jest jeden ratownik:

- Ratownik klęka za głową poszkodowanego, opierając łokcie o podłóżce, chwytając za głowę poszkodowanego oburącz w okolicach skroniowych, wykonując jednocześnie lekki nacisk w osi długiej ciała. W tej pozycji może jednocześnie udrożnić drogi oddechowe, wykonując wysunięcie żuchwy bez odginania głowy osoby poszkodowanej do tyłu.
- Inny sposób stabilizacji kręgosłupa szyjnego – ratownik stabilizuje głowę poszkodowanego umieszczając ją pomiędzy swoimi kolanami. Jeżeli ma taką możliwość, przykłada z obu

stron uszkodzonego dostępne materiały np. zwinięte koce, ubrania, ręczniki lub podsypuje piasek lub ziemię z obu stron głowy unieruchamiając ją w jednej pozycji.

Jeżeli jest dwóch ratowników:

- Jedna z ratujących osób przez cały czas stabilizuje głowę i szyję i jednocześnie udrażnia drogi oddechowe, a druga prowadzi czynności ratownicze [6].

JAK ZAPOBIEGAĆ URAZOM GŁOWY

- Koniecznie zakładaj kask jeżdżąc na rowerze, motocyklu, deskorolce, rolnkach, łyżwach, pojazdem terenowym, na nartach lub snowboardzie.
- Nigdy nie prowadź pojazdów po spożyciu leków, alkoholu i narkotyków.
- Zawsze miej zapięty pas jadąc samochodem.
- Zawsze przewoź dzieci w odpowiednim foteliku. Zapinaj pasy dzieciom.
- Zapobiegaj upadkom w domu:
 - nie zostawiaj niemowlaka lub małego dziecka samego śpiącego w łóżku dorosłych (dziecko z dnia na dzień zdobywa nowe umiejętności, może się przekręcać na boki nawet jeśli dzień wcześniej jeszcze tego nie robiło),
 - zabezpiecz wejście na schody i zejście ze schodów przed małym dzieckiem specjalną blokadą,
 - pamiętaj o zabezpieczeniu wilgotnych i śliskich powierzchni (np. maty w łazience),
 - zainstaluj poręcze na schodach i podjazdach dla wózków,
 - nigdy nie oddalaj się i nie spuszcza dziecka z oczu, kiedy leży na przewijaku!,
 - usuń niepotrzebne przedmioty z podłogi i ze schodów,
 - nie kładź, nie sadzaj i nie umieszczaj dziecka na parapetach w domu lub w innych pomieszczeniach.
- Ćwicz i wzmacniaj mięśnie, koordynację ruchową i równowagę.
- Przechowuj rozładowaną broń w zamkniętym odosobnionym pomieszczeniu (naboje w osobnej kasie).
- Zakładaj ochraniacze gdy uprawiasz sport [5].

Aby zapobiec urazom na stoku:

- Dostosuj tempo jazdy i rodzaj trasy do swoich umiejętności.
- Nie wchodź na trasę pod wpływem alkoholu i narkotyków.
- Noś kask i odpowiedni strój.
- Stosuj zasadę ograniczonego zaufania [13].

Kupując i użytkując kask pamiętaj:

- Kupuj tylko kaski z atestem bezpieczeństwa, sprawdzonych firm.
- Zakładając kask pamiętaj o prawidłowym zapięciu – kask nie może zsuwać się z głowy na boki.
- Wymieniaj kaski co kilka lat, zgodnie z gwarancją zgodności produktu z atestem.
- Po upadku kup nowy kask. Konstrukcja kasku została naruszona pomimo tego, że na powierzchni kasku może nie być widać uszkodzeń. W przypadku kolejnego urazu, kask może

nie spełniać już swojej ochronnej roli (może się rozpaść pod wpływem uderzenia) [14].

Ważne!

U każdego chorego po urazie czaszkowo-mózgowym lub po urazie twarzoczaszki należy podejrzewać uszkodzenie kręgosłupa szyjnego, aż do czasu jego wykluczenia. Stabilizacja i ochrona kręgosłupa szyjnego podczas podejmowania czynności ratunkowych stanowi nieodłączny element zabezpieczenia dróg oddechowych i wspomagania oddechu [3].

Według najnowszych statystyk Światowej Organizacji Zdrowia urazy głowy stanowią trzecią po chorobach sercowo-naczyniowych oraz nowotworach, przyczynę zgonów. Z uwagi na rangę powyższego problemu, urazy głowy są określane niejednokrotnie terminem „cichej” epidemii XXI wieku. Urazy głowy a w szczególności ich konsekwencje (m.in. długotrwała i kosztowna rehabilitacja wykluczenie społeczno-zawodowe, brak kompleksowej opieki nad osobami w stanie wegetatywnym) stanowią bardzo istotny a zarazem narastający problem współczesnej medycyny, psychologii czy nawet etyki [13].

Literatura:

1. Manowska B., Arkuszewski P., Tyndorf M. Analiza obrażeń pourazowych pacjentów zaopatrywanych w ramach ostrego dyżuru ambulatoryjnie. *Czas. Stomatol.*, 2009, 62, 2, 134–140.
2. Stępień A., Pacjent po zamkniętym urazie głowy w gabinecie lekarza domowego. *Przew. Lek.* 2001, 4, 11, 65–69.
3. Campbell J., Alson R. Urazy czaszkowo-mozgowe (w) *Basic Trauma Life Support dla paramedyków i ratowników medycznych.* Campbell J. (red). MP, Kraków, 2006; 117–132.
4. Statystyki policyjne za 2014 rok
5. <http://www.urazy-glowy.wum.edu.pl/node/37> dostęp 26-10-2015 godz. 19:15
6. <http://www.pierwszapomoc.com/urazy-glowy/> dostęp 08-09-2015 godz. 22:13
7. <http://www.iss.edu.pl/blog/pierwsza-pomoc/pierwsza-pomoc-po-urazie-glowy/> dostęp 07-09-2015 godz. 16:02
8. Czukowska-Milanova L., Gucwa J., Madej T., Cebula G., Byrska-Maciejasz E. i wsp. Postępowanie z chorym po urazie czaszkowo-mózgowym <http://nagle.mp.pl/urazy/show.html?id=81785> dostęp 08-09-2015 godz. 22:10
9. Ciećkiewicz J. Urazy głowy (w) *Choroby wewnętrzne. Szczeklik A., Gajewski P. (red.) Medycyna Praktyczna, Kraków, 2011; 1162–1165.*
10. Kusz D. (red.) *Kompendium traumatologii.* PZWL, Warszawa; 2010.
11. http://www.mp.pl/pacjent/pierwsza_pomoc/show.html?id=77801 dostęp 08-09-2015 godz. 22:20
12. http://www.mp.pl/pacjent/pierwsza_pomoc/show.html?id=77518 dostęp 08-09-2015 godz. 21:55
13. Bączek I., Urazy głowy na stoku narciarskim, <http://www.medme.pl/artykuly/urazy-glowy-na-stoku-narciarskim,34370.html>
14. <http://mathmed.blox.pl/2011/09/Jaki-kask-rowerowy-wybrac-Praktyczne-wskazowki.html>, dostęp 26-10-2015 godz. 19:36

Aneta Bronka
licencjat pielęgniarstwa
specjalista pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki
Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego
Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Anestezyjologicznego
i Intensywnej Opieki
WSSz im. M. Pirogowa w Łodzi

Homocysteina – cholesterol XXI wieku – nadzieja profilaktyki

mgr STANISŁAWA DZWONKOWSKA

Większość ludzi zgodzi się z twierdzeniem, że nasz styl życia wpływa na jego długość i jakość. Pacjent nie musi posiadać najnowszej wiedzy medycznej, jednak musi on być czujny na zagrożenia, które czyhają na jego zdrowie we współczesnym świecie i musi świadomie uczestniczyć w profilaktyce zdrowotnej. Wiemy, że wykonywane systematycznie badania mają za zadanie zapobiegać chorobom i utrzymywać go w zdrowiu. To tylko część prawdy!

Gdy badania potwierdzą chorobę – to nie jest już profilaktyka. Tak mówi Jerzy Zięba w książce „Ukryte terapie”. O zapobieganiu chorobom mówimy wtedy, gdy świadomość zdrowotna człowieka pozwala mu prowadzić taki styl życia oraz może on wykonywać takie badania profilaktyczne które nie dopuszczają lub ograniczają w jego organizmie rozwój chorób.

Ostatnio coraz więcej można przeczytać o badaniu i oznaczeniu poziomu homocysteiny oraz witamin w naszych organizmach oraz wielkim znaczeniu tych wskaźników dla naszego zdrowia.

Dr Kilmer McCully, absolwent Uniwersytetu w Harvardzie, biochemik, lekarz z potężną wiedzą dotyczącą miażdżycy naczyń krwionośnych już w 1969 r. opublikował swoją pracę nt. wpływu homocysteiny na powstanie choroby wieńcowej oraz związanymi z nią zawałami serca i udarami mózgu.

Badanie poziomu homocysteiny jest zalecane przez Polskie Towarzystwo Badań nad Miażdżycą. Jest jednym z najdokładniejszych wskaźników naszego zdrowia. Aminokwas ten, powstający podczas trawienia białka zwierzęcego, głównie zawartego w czerwonym mięsie, uszkadza śródbłonek naczyniowy, przez co nawet niewielka ilość cholesterolu łatwiej osadza się na ściankach naczyń. Dlatego też choroba wieńcowa, zawały serca oraz udary mózgu występują także u ludzi z niskim stężeniem cholesterolu, za to z podwyższonym poziomem homocysteiny.

Wielu pacjentów ma całkowicie czyste naczynia krwionośne pomimo bardzo wysokiego poziomu cholesterolu, inni – mają mocno zapchane pomimo tego, że cholesterol mają poniżej 140. Z tego wynika, że to nie ilość cholesterolu jest największym czynnikiem ryzyka, ale to, czy będzie on w stanie przylepić się do ścianki naczynia krwionośnego. Dopóki podwyższony poziom homocysteiny nie wywoła uszkodzeń naczynia krwionośnego, cholesterol nie zacznie się do niego przylepiać. Dlatego homocysteinę nazwano cholesterolem XXI w. – mówi prof. dr hab. n. farm. Marek Naruszewicz, dziekan Wydziału Farmaceutycznego WUM.

Z metaanalizy badań przeprowadzonych w ciągu ostatnich 15 lat w wielu krajach świata wynika, że podwyższone stężenie homocysteiny istotnie zwiększa ryzyko wystąpienia

niedokrwiennego udaru mózgu. Jest to związane z patogennym oddziaływaniem hiperhomocysteinemii na układ krzepnięcia. W swoich badaniach autor również wykazał, że hiperhomocysteinemia może zarówno podwyższać śmiertelność u pacjentów z nie – wydolnością serca, jak i stymulować miażdżycę naczyń nerkowych u osób z nadciśnieniem tętniczym. Wysoka częstość podwyższonych stężeń homocysteiny w populacji polskiej, szczególnie w grupie wiekowej powyżej 59. roku życia, powinna skłaniać do bardziej intensywnej diagnostyki tego zaburzenia metabolicznego. Jest to tym bardziej celowe, że koszt pomiaru stężenia homocysteiny oraz możliwość jego obniżenia za pomocą małych dawek kwasu foliowego nie przekracza obecnie możliwości finansowych przeciętnego pacjenta. Nie ulega już natomiast wątpliwości, że obniżenie stężenia homocysteiny o 3 μmol/l skutkuje zmniejszeniem ryzyka wystąpienia niedokrwiennego udaru mózgu średnio o 24 proc. po 3-letniej interwencji (Choroby Serca i Naczyń 2008, 5 (3), 156–158).

Na znaczenie badania homocysteiny wskazuje także Patrick Holford w książce „Powiedz cukrzycy nie”. Twierdzi on że „Stężenie homocysteiny lub inaczej indeks H – mówi o wydajności, z jaką metylacja zachodzi w organizmie, bez której nie może zachodzić prawidłowa produkcja insuliny ani niektórych neurotransmiterów (jak adrenalina i serotonina sterujących naszym dobrym nastrojem)”.

Jak widzimy poziom homocysteiny jest bardzo ważnym wskaźnikiem stanu zdrowia. Homocysteina jest niezwykle silnym oksydantem, wywołując potężny stres oksydacyjny. Wzrost homocysteiny o każde 5 μmol/litr w jednym z badań równał się zwiększeniu ryzyka śmierci nawet o 49 proc. (<http://ajcn.nutrition.org/content/74/1/3.full>). Przyczyny podwyższenia homocysteiny:

- styl życia: dieta uboga w kwas foliowy oraz witaminy B6 i B12, palenie papierosów,
- nadmierne ilości spożywanego alkoholu i kawy, brak aktywności fizycznej;
- fizjologiczne: starzenie się organizmu, okres menopauzy;
- nerek, cukrzyca, niedoczynność tarczycy, łuszczyca;
- stosowanie niektórych leków: przeciwpadaczkowych, antykoncepcyjnych, fibratów,
- kwasu nikotynowego i innych;
- genetyczne: wrodzone zaburzenia przemiany metioniny i cysteiny.

Koszty leczenia chorób cywilizacyjnych są tak wysokie, że nie wytrzymują tego budżety nawet najbogatszych państw ani żadne budżety domowe.

Otwarte szkolenia w Instytucie CZMP



Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi zaprasza pielęgniarki i położne do uczestnictwa w comiesięcznych, otwartych, wtorkowych szkoleniach w 2016 roku. Przedstawimy Państwu następujące zagadnienia:

5 stycznia 2016 r.

„Edukacja i wsparcie kobiet we wczesnym okresie laktacji”

2 lutego 2016 r.

**„Zapobieganie zakażeniom szpitalnym, zasady utrzymania czystości w placówkach ochrony zdrowia”
– szkolenie dla salowych i sanitariuszy szpitalnych**

1 marca 2016 r.

„Znaczenie współistnienia zaburzeń funkcji tarczycy w leczeniu chorób różnych układów”

5 kwietnia 2016 r.

„Zakażenia oportunistyczne w nieswoistych chorobach zapalnych jelit”

10 maja 2016 r.

„Chirurgia plastyczna, rekonstrukcyjna i estetyczna piersi”

7 czerwca 2016 r.

„Zakażenia przenoszone drogą krwi – bezpieczeństwo personelu”

6 września 2016 r.

„Omówienie procedur bhp w środowisku opieki”

4 października 2016 r.

„Zatrucia – objawy, postępowanie”

8 listopada 2016 r.

„Współczesne możliwości w terapii płodu”

6 grudnia 2016 r.

„Diagnostyka słuchu u dzieci”

Miejsce szkoleń:

Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”
Łódź ul. Rzgowska 281/289
Aula pawilonu ginekologiczno-położniczego
godz. 13.00 – 15.00

Zgłoszenia uczestnictwa prosimy kierować telefonicznie
(na 2 tygodnie przed wyznaczonym terminem szkolenia)
pod numer 271-15-35 – sekretariat.

Z poważaniem
Filomena Bielecka

Hartmann Nurse Day 2015

Specjaliści w dziedzinie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem spotkali się w otulinie Puszczy Pilickiej w dniach 17–19 września 2015 r. w Hotelu Ossa. Celem konferencji było poszerzenie wiedzy na temat nowoczesnych opatrunków, efektywności gojenia ran, skuteczności terapii podciśnieniowej i pielęgnacji stomii.

Sesja leczenia ran to rola prawidłowo dobranego opatrunku w procesie gojenia ran, kompresoterapia, higiena i bezpieczeństwo podczas wykonywania zabiegów chirurgicznych, terapia podciśnieniowa na przykładzie systemu Viviano.

Sesja stomijna przedstawiona była na temat, jakiej opieki potrzebują pacjenci ze stomią oraz dobrze przekazane doświadczenia własne mgr Pawła Foltyna na temat, czy istnieje idealny

system opieki szpitalnej i pozaszpitalnej nad pacjentem ze stomią.

Dzięki zaproszeniu przedstawiciela firmy Paul Hartmann Polska sp. z o.o. p. Rafała Wujcika mogliśmy uczestniczyć w tej ogólnopolskiej konferencji. Hartmann Nurse Day to czas nauki, ale także dzielenia się pozyskaną wiedzą. Zainicjowane dyskusje i wymiana doświadczeń mogą przyczynić się do rozwiązywania problemów pojawiających się podczas wykonywania obowiązków zawodowych oraz nawiązania relacji pomocnych w pracy w przyszłości. Dziękujemy.

Ewa Gawęda, Iwona Zasina, Elżbieta Ruta,
Zdzisława Walak, Małgorzata Redo

IX Jesienne Warsztaty Szkoleniowe dla Pielęgniarek Opieki Paliatywnej

Po raz dziewiąty pielęgniarki opieki paliatywnej z całej Polski spotkały w dniach 1–3 października 2015 r. w Złotym Potoku na cyklicznych warsztatach szkoleniowych.

U stóp świętego miasta Częstochowy zaczyna się jeden z najbardziej malowniczych, a jednak wciąż nieznanych regionów Polski: Jura Krakowsko-Częstochowska wraz z miejscowością Złoty Potok, miejscem magicznym i cudownym. Skaliste wzgórza porośnięte lasami bukowo-dębowymi, stawy i górskie strumyki oraz ruiny warownych zamczysk, piękne dwory i pałace. To mogliśmy zobaczyć w czasie wolnym od wykładów.

Główną tematyką warsztatów było:

1. Ból przewlekły – czy wiemy już wszystko i czy możemy być dumni z efektywności leczenia?
2. Problem zaparć stolca u pacjentów objętych opieką paliatywną.
3. Leczenia ran nowotworowych i odleżyn.
4. Charakterystyka wybranych produktów leczniczych – co pielęgniarka wiedzieć powinna.
5. Interakcje leków z żywnością w praktyce zespołów opieki paliatywnej.

Bardzo burzliwe dyskusje podjęliśmy podczas panelu dyskusyjnego „Co w trawie piszczy”. Były to: nowe kompetencje pielęgniarek opieki paliatywnej, projekty rozporządzeń receptowych, wyzwania jakie przed nami stoją w e-dokumentacji i doświadczenia we wdrażaniu, doniesienia z czternastego światowego Kongresu European Association for Palliative Care



EAPC, doświadczenia z międzynarodowego projektu European Palliative Care Academy EUPCA, EACH Poland Network czyli nowość w nauczaniu komunikacji klinicznej w Polsce, nowa jakość opieki paliatywnej – hospicyjnej w opinii opiekunów formalnych i nieformalnych.

Warsztaty to czas dzielenia się doświadczeniami, nawiązywanie nowych kontaktów. Przyczyniły się do uaktualnienia wiedzy, umożliwiły spojrzenia na aktualną sytuację i wyzwania w pielęgniarskiej opiece paliatywnej.

Z ramienia OIPiP z Komisji Opieki Paliatywnej oddelegowane były dwie pielęgniarki. Dziękujemy za możliwość pobytu.

Ewa Gawęda, Iwona Zasina

Gratulacje

Gratuluje kolejnej grupie pielęgniarek specjalistek w dziedzinie pielęgniarstw epidemiologicznego za pozytywnie zdany egzamin i życzę, aby zdobyta wiedza i umiejętności stały się następnym krokiem do sukcesów zawodowych oraz przynosiły satysfakcje z wykonywanej pracy.

dr n. o zdr. Maria Cianciara
Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

Z okazji odejścia na emeryturę Pani Pielęgniarki **Danucie Adamkiewicz**
Z podziękowaniem za to, że byliśmy razem przez długi czas,
wspierając się nawzajem dobrocią, przyjaźnią i oddaniem,
w naszym codziennym dniu pracy, dniu w którym dzieliliśmy się wspólnie naszym życiem...
Serdeczne podziękowania za wieloletnią współpracę z okazji odejścia na emeryturę
z życzeniami wszelkiej pomyślności, satysfakcjonującego odpoczynku i szczęścia w życiu osobistym.

podziękowania i życzenia składają
Pielęgniarka Naczelna, Koleżanki Pielęgniarki z oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej
oraz z Oddziału Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Pasożytniczych dla Dzieci,
Klinika Chorób Zakaźnych dla dzieci UM – paw. E

Pani **Annie Janiak**, wieloletniej Pielęgniarki Oddziałowej
z Pododdziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatrycznej ICZMP
z okazji przejścia na emeryturę pragniemy złożyć serdeczne podziękowania
za wspólne lata pracy, pełne zaangażowania i profesjonalizmu.
Droga Aniu, dziękujemy za cierpliwość, troskę, bezinteresowność i ciepło,
jakie wniosłaś w wykonywanie swoich obowiązków w stosunku do pacjentów i personelu współpracującego.
Na dalsze lata życia, życzymy dużo zdrowia, radości i wytrwałości w realizacji wszelkich zamierzonych planów.

Koleżanki i Koledzy z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatrycznej ICZMP

Z przyjemnością informujemy, że mgr **Beata Barwińska** została wyróżniona
na XXI Zjeździe Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej w Poznaniu
za pracę „Resuscytacja krążeniowo oddechowa u chorych na zaawansowaną chorobę nowotworową
– czy jest możliwe określenie wskazań do odstąpienia?”.
Jednocześnie oznajmiamy, że nasza koleżanka została ustanowiona biegłym sądowym
w dziedzinie medycyny ratunkowej w okręgu Sądu Okręgowego w Łodzi.
Gratulujemy i życzymy dalszych sukcesów!

Członkowie Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkowego Biuro w Łodzi



KATOLICKIE STOWARZYSZENIE PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Noc Betlejemską

BARBARA JAGAS

Zanim nadejdzie Noc Betlejemską potrzebny jest czas. Ten czas to Adwent. To czas przygotowania na dar, jakim jest przyjście Chrystusa. Oczekiwanie pełne zadumy, refleksji, modlitwy, ale także radości i nadziei. Jest to czas wyciszenia, rekolekcji, rorat, zastanowienia się nad sobą, swoją wiarą i moralnością.

To czas zadumy jak zbudować pomost ponad podziałami w rodzinie, sąsiedztwie, w pracy. Na czym osadzić dźwigary by były mocne, stabilne, aby żadne podmuchy emocji i żadne wzburzenia nie wywróciły naszego życia. To tylko tyle i aż tyle, ale wtedy radość z Narodzenia Bożej Dzieciny będzie naszym udziałem.

Życzenia:

Niech światło, które przynosi Dzieciątko Jezus oświeca nie tylko betlejemską noc, ale także rozświetli mroki naszego życia. Tego życzy wszystkim Koleżankom i Kolegom Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Oddział Wojewódzki w Łodzi.

Informacje:

Adwentowe rekolekcje pracowników służby zdrowia odbędą się 17, 18 i 19 grudnia 2015 roku o godz. 19.00 w kościele oo. Jezuitów, ul. Sienkiewicza 60.

Spotkanie oplatkowe z ks. abp. Markiem Jędraszewskim dla pracowników lecznictwa odbędzie się 9 stycznia 2016 roku o godz. 18.00 w Wyższym Seminarium Duchownym przy ul. św. Stanisława Kostki 14. Serdecznie zapraszamy!

Barbara Jagas
pielęgniarka, członek Zarządu kspirp,
Przychodnia nr 41 w Łodzi

Pomódlmy się w Noc Betlejemską,
w Noc Szczęśliwego Rozwiązania,
by wszystko się nam rozplątało,
węzły, konflikty, powikłania.

Oby się wszystkie trudne sprawy
porozkręcały jak supełki,
własne ambicje i urazy
zaczęły śmieszyć jak kukielki.

Oby w nas paskudne jędze
pozamieniały się w owieczki,
a w oczach mądre łzy stanęły
jak na choince barwnej świeczki.

Niech anioł podrze każdy dramat
aż do rozdziału ostatniego,
i niech nastraszy każdy smutek,
tak jak goryla niemądrego.

Aby wąpiący się rozplakał
na cud czekając w swej kolejce,
a Matka Boska – cichych, ufnych
– na zawsze wzięła w swoje ręce.

Ks. Jan Twardowski

KOŁO EMERYTEK

Piękna nasza Polska...

Wycieczka do Zwolenia, Czarnolasu, Kazimierza Dolnego nad Wisłą i Puław

ZDZISŁAWA KULESZA

W dniu 17 października 2015 r. o godz. 7.00 wyjeżdżamy z Łodzi w kierunku Spały przez Tomaszów Mazowiecki do Radomia, gdzie na postoju raczymy się promocyjną kawą w McDonalddie. Pada deszcz, ale droga jest ładna; dojeżdżamy do kościoła św. Krzyża w Zwoleniu i go zwiedzamy. Renesansową kaplicę dobudował bratanek Jana Kochanowskiego i tu spoczywa poeta oraz jego rodzina. Ściany i sufit zdobią ładne malunki, a na wiszącym portrecie Jana Kochanowskiego wzorowało się wielu artystów.

Jedziemy do Czarnolasu do Muzeum im. J. Kochanowskiego. Jest to duża posiadłość, w której mieszkał ze swoją liczną rodziną, przyjmował ważnych gości i przyjaciel i tu powstała najważniejsza część jego dorobku literackiego. Muzeum otwarto 16 września 1961 r. i obejmuje ono sześć sal, w których umieszczono sześć gobelinów poświęconych życiu i twórczości poety, obrazy o tematyce czarnoleskiej, sprzęty i rekwizyty z epoki. Na ścianach umieszczone są cytaty z utworów mistrza oraz innych autorów. W holu wisi gobelin z postacią poety i jego córki Urszuli, jego portret i stół z marmurową mozaiką. Pierwsza sala wprowadza widza w XVI wiek i ukazuje poetę jako człowieka renesansu, który wiele podróżował; przedstawiają to sztychy i drzeworyty. Piękny stół inkrustowany półszlachetnymi kamieniami o motywach kwiatowych sprowadzony został z Wenecji. Sala druga prezentuje twórczość poety w okresie dworskim – dawne wydania dzieł: fraszki, treny i inne – gobelin: Jan Kochanowski sekretarzem króla Zygmunta Augusta, obrazy – kopie – Jana Matejki: „Złoty wiek literatury polskiej” i Łukasza Cranacha Młodszego: „Rodzina Jagiellonów”. Trzecia sala to okres czarnoleski, kiedy poeta pracował nad przekładem „Psałterza Dawidów”. W centralnej części sali – cenna rzeźba Zygmunta Trembeckiego: „Jan Kochanowski z Urszulą”. Sala czwarta wprowadza w tematykę patriotyczno-obywatelską ukazaną na gobelinie, utworach poety i broni z epoki. Kolejna z sal to gabinet z postaciami poety, jego żony i dwóch córek oraz fotel poety; ogląda się to

przez szyby. Ostatnia z sal pokazuje kult poety oraz tradycję czarnoleską w kulturze polskiej. Obraz: „Odwiedziny w Czarnolesie” z 1877 r. przedstawia gospodarza w otoczeniu rodziny i licznych dworów, jaki i gobelin „Humanista z Czarnolasu”. W 2005 r. przypadła 475 rocznica urodzin poety. W piwnicy przedstawiono sceny z życia pt.: „Rzeczpospolita babińska”. W spotkaniach babińskich uczestniczyło wspaniałe grono: Mikołaj Rej, Andrzej Frycz Modrzewski i wielu innych. Całość ekspozycji to postacie w strojach z epoki. Druga wystawa to „mały Wawel” w kaplicy czarnoleskiej, motywy z arrasów królewskich, rzeźby słynnych głów wawelskich. W inscenizacji oprócz poety, który wręcza siedzącemu na tronie Zygmuntowi Augustowi tekst „Satyra”, widzimy Annę Jagiellonkę, królową Bonę, Barbarę Radziwiłłównę, biskupa Piotra Myszkowskiego, lutnistę Beckwarka oraz Stańczyka. Wychodzimy z kaplicy starą aleją lipową do miejsca, gdzie rosła słynna lipa, a teraz jest tam płaski kamień. Przed muzeum stoi pomnik Jana Kochanowskiego.

Jedziemy do Kazimierza. Wzdłuż Wisły widzimy dawne spichlerze; rzeką transportowano tony zboża. Zwiedzamy kościół św. Jana i św. Bartłomieja z XIV w. Pięknie prezentuje się wnętrze: biskupie ławy, zwane stallami, z XVII w. oraz drewniana ambona. Idziemy na rynek, zbudowany na planie kwadratu, cały wyłożony kostką brukową. Jest on punktem centralnym, pełnym życia i turystów oglądających piękne kamienice: Przybyłowskie z XVII w., które należały do bogatych kupców – braci Mikołaja i Krzysztofa, kamienica Gdańska, Górskich i wiele innych. Jedziemy na cmentarz żydowski, gdzie wyłożona fragmentami macew „ściana płaczu” pęka w środku, co symbolizować ma tragiczny los polskich Żydów. Tu odbywały się egzekucje w czasie II wojny światowej.

Następnie jedziemy do Puław na opóźniony obiad, po którym już czas wracać do Łodzi. Przez okna autokaru oglądamy jesienne krajobrazy i szybko zapadający zmierzch. Pełni wrażeń kończymy ostatnią w tym roku wycieczkę.

KOŁO EMERYTEK

Pamiętamy

mgr MARIA RZEPKOWSKA

W ostatnich dniach października i w listopadzie br. Przedstawicielki Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz Przedstawicielki Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oddział w Łodzi, odwiedzały miejsca wiecznego spoczynku zmarłych koleżanek pochowanych na licznych łódzkich cmentarzach i w Piotrkowie Trybunalskim. Modliły się w ich intencji, zostawiały wizytówki, zapalały znicze pamięci niżej wymienionym zmarłym pielęgniarkom i położnym, śp: Zofii Chaładaj, Marii Czernikowej-Krzyszewskiej, Lucynie Gać, Franciszce Gawrysiak, Zenonie Jakubowskiej, Danieli Janiszewskiej, Bożenie Jarocińskiej, Jadwidze Justyn, Walentynie Kellero-wej, Babarze Łukowskiej, Halinie Markowskiej-Szutenbach, Helenie Monita, Danucie Oczkowskiej, Teofilii Marii Pastwie, Irenie Pacałowskiej, Barbarze Pajchel-Szyc, Władysławie Pietrzak, Adelii Potockiej, Leokadii Serafińskiej, Marii Sibilskiej, Stanisławie Sroczyńskiej, Alicji Staniszewskiej, Stanisławie Stebnickiej, Halinie Steckiej-Fejder, Danucie Studzińskiej, Walentynie Swinder, Cecylii Wesołowskiej, Antoninie Wójtowicz, Zofii Zabawskiej.

Każda z wyżej wymienionych zmarłych pielęgniarek, położnych ma swój życiorys wypełniony niezaprzeczalną, bo

1. dr Barbara Dobrowolska – przewodnicząca Komisji Historycznej PTP Oddział w Łodzi, Benilda Fabian, mgr Leonia Klajnwechter, Zenona Pawluczuk, Jadwiga Jurek, mgr Maria Rzepkowska

udokumentowaną, ofiarną działalnością w różnych dziedzinach życia zawodowego.

Aby ocalić od zapomnienia indywidualną działalność wielu pielęgniarek, położnych, Komisja Historyczna Łódzkiego Oddziału PTP gromadzi i przechowuje ślady działalności minionego pokolenia pielęgniarek i położnych. Wiele nazwisk doczekało się opublikowania swojej biografii np. na łamach czasopisma „Pielęgniarka i Położna”, na łamach Biuletynu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz w Wirtualnym Muzeum Pielęgniarskiego.

Analiza treści życiorysów i innych dokumentów tych kobiet tworzy kronikę minionej epoki – przykrych i trudnych okoliczności życia i pracy tamtego okresu. Biorąc powyższe pod uwagę, nie trudno było dostrzec wśród pielęgniarskiej społeczności, również wśród położnych, wybitne organizatorki placówek służby zdrowia i pracy pielęgniarskiej. Utalentowane organizatorki procesu dydaktyczno-wychowawczego w szkolnictwie medycznym, które całym swoim życiem zawodowym świadczyły o potęgze wiedzy i dobra, życzliwości, serdeczności, uśmiechu dla otaczającego świata. Tymi metodami kształtowały etos pracy, postawy i kulturę zawodową Nas – współczesnych pielęgniarek, położnych – My z Nich jesteśmy.

mgr Maria Rzepkowska
członek Komisji Historycznej
PTP Oddział w Łodzi

W imieniu Członkin Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych OIPIP w Łodzi dziękuję wszystkim, którzy z okazji Święta Wszystkich Świętych i Dnia Zadusznego wsparli finansowo akcją zapalania lampek pamięci na grobach zmarłych pielęgniarek, położnych i wzięli aktywny udział w tej pracy.

Dziękuję szczególnie serdecznie niestrudzonej inicjatorce tej działalności pani dr **Barbarze Dobrowolskiej** – przewodniczącej Komisji Historycznej PTP Oddział w Łodzi.

Dziękuję również pracownikowi biura OIPIP w Łodzi pani **Agnieszce Krzysztofik** za pomoc przy przygotowaniu wizytówek będących materialnym dowodem naszej obecności przy grobach.

Przewodnicząca
Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych
przy OIPIP w Łodzi
Benilda Fabian



Źródło na Źródłowej Bożenna Jarocińska

Od Redakcji: 18 czerwca 2013 r., upał od samego rana, w Łodzi Kaliskiej także, a my poszukujemy ulicy Źródłowej. Kilka przesiadek, nie wytrzymujemy tego upału oraz spóźnienia, bo Łódź podobnie jak Warszawa w przebudowie, więc ostatni odcinek taksówką dojeżdżamy do bloku, w którym oczekuje nas prawdziwe źródło historii i miłość do zawodu pielęgniarki, jej szkoły i tradycji... ze swoją córką Małgorzatą i pielęgniarką Ewą, a na stole pyszne konfitury truskawkowe i ciasto drożdżowe...

Była najstarszym dzieckiem i chciała jak najprędzej iść do pracy, jednak przeszkodził Jej w tym wybuch II Wojny Światowej. Zawsze kochała służbę zdrowia i swoją Szkołę Pielęgniarską, gdzie nauczycielką była Stefania Wołynka, o czym wspomina Bożenna Jarocińska (Bryńska), jedna z ostatnich Absolwentek, przedwojennej Szkoły Pielęgniarskiej w wywiadzie, który przeprowadziły Jolanta Czerniak i Berenika Serczyńska.

– ...dzięki temu my jesteśmy i mogliśmy też skończyć Szkoły Pielęgniarskie, które Panie zaczęły. Jesteśmy wolontariuszkami w jednej z wielu organizacji pielęgniarskich, która nazywa się Fundacją Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego. W tym roku rozpoczęliśmy wydawać nowe czasopismo dla pielęgniarek, które nazywa się „Igiełki”. Tutaj dla Pani zostawię jeden numer...

– ...a potem będę prenumerowała...

– W numerze sierpniowym będzie wywiad z Panią. Szukamy ciekawych, ważnych dla nas ludzi...

– I znalazły Panie staruszkę...

– Pani Bożenno...

– Bożeno. Zwyczajnie: Bożena jestem.

– Dlaczego wybrała Pani zawód pielęgniarki?

– Urodziłam się w 1919 r. i byłam najstarszą córką, z pośród czterech. Ojciec był nauczycielem, a mamusia prowadziła księgarnię. Było niewiele pieniędzy i chcąc pomóc rodzicom chciałam pójść jak najprędzej do pracy. Zawsze chciałam pomagać ludziom i ulżyć im w cierpieniu. Wybrałam więc

szkołę w Poznaniu, bo była najbliżej Kalisza. Wówczas szkoły pielęgniarskie były jeszcze w Krakowie, Lwowie i w Warszawie. Zaczęłam szkołę w 1937 r., a gdy miałam otrzymać dyplom, niestety wybuchła wojna. Dyrekcja szkoły postarała się o to aby wszystkim uczennicom dnia 3 września 1939 r. wydać unikalne zaświadczenie o treści: Zaświadczenie wydaje się z powodu wybuchu wojny i niemożności prowadzenia szkoły w dalszym ciągu. Zaświadczam, że była słuchaczką i odbyła kurs teoretyczny i praktyczny w całości... Brakowało tylko dyplomu.

– Jakie były wymagania aby dostać się do Szkoły Pielęgniarskiej?

– Szkoła przede wszystkim była płatna, kandydatka musiała mieć odpowiedni status finansowy i społeczny. Uboższe uczennice mogły starać się o stypendium, kandydatki musiały mieć zdaną maturę. W ramach opłaty otrzymywałyśmy od szkoły wyprawkę i pomoce szkolne.

Córka Małgorzata przynosi dokumentację poukładaną chronologicznie, lekko żółknięta oraz pocztowe odcinki wypełnione ręką ojca pani Bożenno, a także listy w języku niemieckim...

– Coś podobnego, ale jak to się wszystko zachowało? Jestem pod wrażeniem, że to nie poginęło, a Pani ma taki porządek!

– Dlatego, że chowałam to wszystko i to się zachowało. Teraz córka ułożyła dokumentację i całą historię można odtworzyć. A co Ty myślisz, że pielęgniarka jest bałaganiarz?! (śmiech). Naprawdę, zawsze kochałam swoją szkołę. Byłyśmy bardzo żyte ze swoją szkołą. Stefa (Stefania Wołynka) była wtedy

kierownikiem szkolenia teoretycznego. Zresztą tam jest wszystko napisane...

Pani Bożenna pokazuje kolejną dokumentację...

– To niewiarygodne, że Pani to wszystko pamięta! Jaka miłość i troska z tego bije...

– Przed wojną szkołę skończyło 300 osób, to nie było zbyt dużo. Kiedy 1 września 1939 roku przyjechałam aby odebrać dyplom wybuchła wojna. Wszystkie uczennice oraz instruktorki otrzymały ze szkoły zaświadczenia z powodu wybuchu wojny, a następnie kartę mobilizacyjną i zostałyśmy podzielone. Stefa Wołynka poszła do Biedruska z jedną grupą uczennic, ponieważ tam były koszary wojskowe... a ja z instruktorką Łubieńską z inną grupą poszłam bronić Warszawy. Słyśmy piechotę, trochę na furmance, a po drodze były częste bombardowania, naloty... Gdy doszliśmy wreszcie do Sochaczewa Niemcy dawno już byli w Warszawie. Nocowałyśmy w browarze w jakimś miasteczku pod Warszawą. Tam spotkałyśmy Niemców, a jeden z nich życzliwy powiedział: „Nie idźcie dalej, tylko wracajcie do domu, ponieważ dalej nie ma po co iść”. Bałyśmy się wracać same z powodu uciekinierów, złodziei i bandytów oraz Niemców... więc poszliśmy razem ze swoją instruktorką z powrotem do Poznania. Zamieszkałyśmy u naszej instruktorki pani Łubieńskiej, ponieważ internat nie działał i zaczęłyśmy pracować w szpitalu wojskowym, ja na oddziale zakaźnym. W grudniu 1940 r. Niemcy niestety sprowadzili niemieckie pielęgniarki do szpitala więc wszystkie Polki zwolnili i musiałam wrócić do swojego rodzinnego Stawiszyna. Całą wojnę pracowałam w Ośrodku Zdrowia w Stawiszynie, a po wyzwoleniu w szpitalu w Kaliszu aż do ślubu jesienią 1946 r. Później przenieśliśmy się do Łodzi. Tak często mówię do swojej córki: żebym mogła to komuś opowiedzieć, żeby wszystko zanotował, bo inaczej zapominam...

– Z życiorysów widzę, że jest Pani 5 lat młodsza od Pani Stefani Wołynki?

– Stefę poznałam w Poznaniu w Szkole Pielęgniarskiej PCK gdzie była instruktorką, a później przyjaźniłyśmy się. Rozstałyśmy się w 1939 r. Ja wróciłam do Stawiszyna, a Stefę losy zaprowadziły do Warszawy. W 1944 r. napisała do mnie ten rozpaczliwy list: „Bożenko ratuj, bo Zbyszek (syn) umrze w tych warunkach”. Ona była z synem w obozie wysiedlona po Powstaniu Warszawskim. Postarałam się dla nich o zezwolenie na przyjazd do Stawiszyna. Przyjechała do mnie krańcowo wycieńczona, głodna, wychudzona. Do końca wojny mieszkała u mnie w Stawiszynie z synem, który był malutki, miał 2 latka. Po wyzwoleniu odwoziłam ich do jej rodzinnego domu, do Rogoźna pod Poznaniem. Stefania Wołynka po wojnie znowu pracowała w Szkole Pielęgniarskiej w Poznaniu. Spotkałam ją po latach w Łodzi gdzie pomagała w tworzeniu Szkoły Pielęgniarskiej. Ona organizowała po wojnie na nowo szkoły pielęgniarskie w Polsce, przywracała je do życia. Namówiła mnie wtedy, mimo że miałam dwójkę dzieci, żebym zrobiła dyplom i dużą maturę. Udało się to, w 1956 r. dyplom,

a w 1958 r. maturę. Od 1956 r. zaczęłam pracować jako nauczyciel zawodu w Szkole Pielęgniarskiej początkowo na Piotrowskiej, a później w Liceum Pielęgniarskim nr 1 przy Narutowicza 122 w latach 1956–74. W 1966 r. ukończyłam Studium Pedagogicznego dla Nauczycieli Średnich Szkół Medycznych. Także, całe życie się uczyłam – wielki naukowiec (śmiech). Przeszłam wszystkie zmiany programu, dwuletniej, pomaturalnej... na czteroletnią... W 1974 r. przeszłam na emeryturę, choć jeszcze później trochę popracowałam na pół etatu w internacie.

– Czyli można powiedzieć, że Pani Wołynka była dla Pani autorytetem?

– Tak, Stefa nauczyła mnie pielęgniarstwa jeszcze przed wojną, po wojnie namówiła mnie do powrotu do zawodu, uzupełnienia wykształcenia. Przekonała mnie, że też mogę uczyć w szkole pielęgniarskiej. Była osobą stanowczą ale bardzo ciepłą, cichą i skromną. Była bardzo mądrym człowiekiem i nauczycielem. Ona była bardzo pogodna, mimo że życie jej nie oszczędzało (śmierć rodziców, brata, mąż zginął w czasie wojny). Ona była bardzo solidna, wybrali ją na kierownicze stanowisko mimo, że była bardzo młoda. Wyróżniała się stanowczością i bardzo dobrym stosunkiem do ludzi, była bardzo dobrym człowiekiem.

– Czy Pani miała jakieś własne słabości?

– Nie paliłam papierosów, owszem czasami jakieś cudzesy... nawet kawy nie piłam... a prawdziwą słabość miałam do potrzebujących pomocy i opieki. Często robiłam sąsiadom lub znajomym bańki, zastrzyki, opatrunki, uczyłam pielęgnować noworodki... zawsze nas broniłam, nasz zawód i jego wizerunek.

– A córki Pani nie namawiała, żeby została pielęgniarką?

– O nie! Pielęgniarstwo to ciężki zawód! Córka chciała iść do szkoły plastycznej... Nie ciągnęło jej do zawodu pielęgniarki, miała zupełnie inne zainteresowania. Teraz jest moją domową pielęgniarką, ratownikiem i lekarzem...

– Mama jest po operacji kręgosłupa (2005) – dodaje córka Małgorzata – miała złamane obie szyjki kości udowych (2011 i 2012)... i teraz nie chodzi, jeździ na wózku inwalidzkim. Po operacji zaczęła chodzić nawet bez balkonika ale na krótko, bo dołączyły się inne, poważne choroby więc wózek jest niezbędny...

– Czuję się teraz bardzo słaba, ale dobrze, że ręce mam silne. To od pracy! Mam złe pole widzenia w jednym i w drugim oku. Tej wady okularami nie można skorygować.

– Panią Bożenną trzyma obecnie chęć życia, żeby jeszcze zobaczyć wnuczki i prawnuczki. Pięknie się Pani starzeje! – dodaje Ewa Gawęda z Hospicjum domowego, która od 13 października 2010 r. opiekuje się panią Bożenną.

Bardzo gorąca rozmowa, w bardzo gorący dzień dobiegła końca... ale nie mogliśmy wyjść od Pani Bożenno bez obietnicy, że znowu tu wrócimy. Tutaj na Źródłowej w Łodzi wciąż czeka

Źródło naszego zawodu, historii, korzeni i miłości do każdego człowieka. Na razie ułatwia nam z Nią kontakt telefon, a od kilku dni już jesteśmy z Panią Bożenną na skype.

Na portalu Nasza Klasa Pani Bożenna Jarocińska (Bryńska) ma swój profil, na którym możemy przeczytać kilka wpisów jej uczennic, absolwentek Liceum Medycznego w Łodzi przy Narutowicza 122:

- o odważnych świat należy – Pani Instruktor mając 89 lat zapisała się do n-k! 20 lutego 2009 r. kończy 90 lat! Elżbieta Krupińska (Gomulak)
- Wszystkiego najlepszego, dużo zdrowia. W pamięci mojej pozostanie Pani jako wspaniały człowiek i pedagog. Dziękuję za wszystko, chwile spędzane w szkole należą do

miłych wspomnień. Dziękuję, Barbara Zawierucha (Janczyk) KL 1960–1964.

- Pani profesor była najlepszym pedagogiem z jakim mogłyśmy się spotkać. To jest zdanie wielu Pani uczennic, z którymi się spotkałam. Ja kończyłam szkołę w 1975 r. w indeksie mam Pani podpis –zaliczone praktyki z lecznictwa otwartego na 5. Gorąco pozdrawiam, Aleksandra Szymczak (Kurkowska).

- Pani Kierownicze szkolenia praktycznego w latach naszej edukacji (1967 – 1972) wspaniałemu, życzliwemu i niezapomnianemu nauczycielowi wiele zdrowia, radości i nieprzemijającego uśmiech oraz wielu dalszych jubileuszy życzą Ewa Maj (Przygodzka) i Maria Łuczak Ewa Maj.

Przedruk: Igiełki 8/2013

„Nikt nie umiera na ziemi, dopóki żyje w sercach tych, którzy zostają”

śp. Bożenna Jarocińska

Odeszła 19.06.2015 r. we własnym domu, pod opieką ukochanej córki Małgosi, najbliższej rodziny i zespołu hospicjum Salve.

Do końca pogodna i życzliwa.

Będziemy Cię pamiętać Nasza 19-tko (ur. 1919 r.).

w imieniu pielęgniarek, które znały Panią Bożenną Jarocińską – Ewa Gawęda

Smutkiem i żalem w dniu 13 listopada 2015 r. pożegnaliśmy naszą drogą koleżankę

śp. Elżbietę Sierakowską

Jedną z nas, pielęgniarkę o wielkiej wrażliwości.

Przez 30 lat pracy niosła pomoc pacjentom.

Pozostanie na zawsze w naszej pamięci.

Koleżanki i Koledzy z Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
Kutnowskiego Szpitala Samorządowego im. Troczewskiego w Kutnie