

## Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

### Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

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

### Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Dorota Rybińska (pielęgniarka)

### Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

### Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk  
tel. 42 633 22 48

### Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

### Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Irena Król  
dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00 – 17.00  
tel. 42 633 23 94  
w pozostałe dni kontakt z Krystyną Sawczenko  
– spec. ds. merytoryczno-kancelaryjnych ORzOZ  
tel. 42 633 23 94

### Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych dr

dr n. o zdr. Grażyna Kozak  
dyżuruje w I i III poniedziałek miesiąca  
w godz. 15.30 – 17.00

### Redaktor Naczelny „Biuletynu”

mgr Joanna Gąsiorowska  
dyżuruje we wtorki w godz. 16.00 – 18.00  
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 22 48

### Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź  
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74  
czynne: wtorek: 10.00 – 18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00;  
**poniedziałek – dzień bez interesantów**  
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

### Konto bieżące OIPiP

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

### Prawo wykonywania zawodu

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

### Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00 – 18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00;  
tel. 42 639 92 62  
mgr Justyna Łabuzińska-Gawrysiak – tel. 781 014 032  
mgr Danuta Ciechomska – tel. 781 014 062

### Biblioteka OIPiP

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

### Radca prawny

wtorek: 14.00 – 18.00, czwartek: 14.00 – 16.00  
tel. 42 633 71 06

### Kasa

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

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

## W NUMERZE:

**SERWIS INFORMACYJNY** 2

**TEMAT MIESIĄCA** 10

**PRAKTYKA ZAWODOWA** 15

**SZKOLENIA KURSY  
KONFERENCJE** 26

**GŁOS ZE ŚRODOWISKA** 29

**PODZIĘKOWANIA** 31

**NASZE TALENTY** 32

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17  
tel. 42 633 22 48; fax 42 633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl  
Redaktor Naczelny: mgr Joanna Gąsiorowska  
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.  
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.  
ISSN: 1640-7679  
Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych  
Nakład: 3700 egzemplarzy  
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

# Od Redakcji

Rozpoczął się Nowy Rok 2013, za nami huczne powitania, serdeczne życzenia a przed nami szara rzeczywistość codziennego życia. Każdego roku o tej porze pochylamy się nad tym, co zostało zrobione, co można by zrobić w roku przyszłym, co było dobre, a co trzeba poprawić. Każdy z nas podsumowuje cały rok i zastanawia się, jaki był, co przyniósł dobrego, czy były chwile, które należy zapamiętać, komu pomogłem a kogo skrzywdziłem. Gwiazdka i Nowy Rok to czas nadziei i marzeń na następne 12 miesięcy, robimy sobie rachunek, dokonujemy samooceny życia zawodowego, rodzinnego czy społecznego. Czasy z jakimi przyszło nam się zmierzyć wymuszają na nas podejmowanie nowych decyzji, aby sprostać wymaganiom rynku, aby móc zaspokoić coraz to nowe wymagania nie tylko pracodawców, ale też nas samych. Zapominamy w natłoku tych wszystkich zdarzeń o tym, co tak naprawdę w życiu jest najważniejsze – o naszych najbliższych.

W pierwszym numerze Biuletynu 2013 roku przedstawimy Czytelnikom ciekawy artykuł o wypaleniu zawodowym, który w czasach, gdy nasze środowisko się starzeje, gdy brakuje rąk do pracy może uzmysłowić

nam, jak należy postępować w pracy zawodowej, by nie dać się wypalić. W styczniu – 26, przypada Ogólnopolski Dzień Transplantologii, dlatego przybliżamy Państwu temat przeszczepów w Polsce. Będzie to początek cyklu artykułów na ten temat, temat znany w środowisku, ale mało publikowany.

Nowy Rok powitał nas po raz kolejny. Minione dni odeszły w niepamięć. Przed nami nowe wyzwania, problemy, plany. Przed redakcją również nowe wyzwania, by sprostać oczekiwaniom swoich Czytelników. Miejmy nadzieję, że uda się nam wszystkim zrealizować plany i założenia. Pragniemy również podziękować wszystkim osobom które współpracowały z nami w 2012 roku, zachęcamy do dalszej współpracy. W 2013 r. Redakcja życzy wszystkim członkom OIPIP w Łodzi:

- ✓ 12 miesięcy zdrowia
- ✓ 53 tygodni szczęścia
- ✓ 366 dni miłości
- ✓ 8784 godzin pogody ducha
- ✓ 527040 minut wytrwałości

Redakcja

## Z prac Okręgowej Rady

### XII posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 28 listopada 2012 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi: 3 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wymiany prawa wykonywania zawodu: 1 pielęgniarka.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi: 7 pielęgniarek.
- ▶ Wpisano położne do rejestru położnych OIPIP w Łodzi: 1 położną.
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi: 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono z rejestru położnych OIPIP w Łodzi: 1 położną.
- ▶ Przyjęto oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki: 2 pielęgniarek.
- ▶ Skierowano położną na staż podyplomowy: 1 położną.

- ▶ Zgodnie z wnioskiem zakładu skrócono okres przeszkolenia o 1 miesiąc: 2 pielęgniarkom.
- ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi: 6 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Dokonano zmiany we wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi: 1 praktyka położnej i 1 praktyka pielęgniarska.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: konferencji – 7 osobom, szkoleniu specjalizacyjnym – 3 osobom, kursie kwalifikacyjnym – 26 osobom. Jednej osobie odmówiono przyznania dofinansowania ze względów regulaminowych – brak udokumentowania opłacania składki członkowskiej
- ▶ Przyznano 7 pomocy finansowych, w tym zapomogi, w wysokości: 2×2000 zł i 1×1500 zł oraz wsparcie finansowe w wysokości: 2×3000 zł i 2×1000 zł oraz odmówiono 3 osobom przyznania pomocy, ze względu na wysoki dochód brutto przypadający na 1 członka rodziny w ostatnim miesiącu kalendarzowym poprze-

dzającym złożenie wniosku oraz 1 wniosek przekazano do uzupełnienia.

- ▶ Zatwierdzono:
  - zmianę kadry dydaktycznej dla 1 kursu kwalifikacyjnego i 1 szkolenia organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi.
  - skład osobowy komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie organizacji i zarządzania, program dla pielęgniarek i położnych,
  - honoraria dla 5 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPIP Nr 11/2012,
  - zakup dziesięciu tytułów do zbiorów Biblioteki OIPIP w Łodzi – 28 egzemplarzy książek,
  - wykonania nowego menu strony internetowej OIPIP w Łodzi w kwocie 400 zł,
  - Wytypowano: 1 przedstawiciela do komisji egzaminacyjnej w Akademii Zdrowia w Łodzi i 1 przedstawiciela do komisji konkursowej na świadczenia medyczne w WSRM w Łodzi.

### XII i XIII posiedzenie ORPiP w dniu 28 listopada i 11 grudnia 2012 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi: 1 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi: 2 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru położnych OIPIP w Łodzi: 1 położnej.
- ▶ Wydano nowe prawo wykonywania położnej OIPIP w Łodzi: 1 położnej.
- ▶ Przedłużono termin ważności zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi: 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi: 3 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi: 4 praktyki pielęgniarek i 2 praktyki położnych.
- ▶ Dokonano zmian wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi: 3 praktyki pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi: 1 praktykę pielęgniarską.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru OIPIP w Łodzi podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – kurs dokształcający.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w: szkoleniach specjalizacyjnych – 15 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 18 osobom, kursie specjalistycznym –

1 osobie, symposium/zjeździe – 3 osobom. Odmówiono przyznania dofinansowania jednej osobie, ze względu na brak udokumentowania systematycznego opłacania składki członkowskiej na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przez okres minimum dwóch lat poprzedzających złożenie wniosku o dofinansowanie.

- ▶ Zatwierdzono:
  - plan kursów i szkoleń organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi w roku 2013. – plan zamieszczamy na str. 26 i stronie internetowej OIPIP w Łodzi,
  - sfinansowanie kosztów udziału pięciu przedstawicieli organu ORZPiP w Łodzi w konferencji „Pielęgniarsztwo: prawo – praktyka – etyka” w Warszawie w terminie 14-16.02.2013 r.,
  - na wniosek przewodniczących komisji problemowych: od 1 stycznia 2013 r. zawieszono działalność Komisji Pielęgniarek Psychiatrycznych oraz wykreślono 11 członków ze składu Komisji Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodu,
  - kadre dydaktyczną dla szkoleń specjalizacyjnych organizowanego przez OIPIP w Łodzi w ramach umowy z Ministrem Zdrowia,
  - sfinansowanie z budżetu OIPIP w Łodzi kontynuację ubezpieczenia członków OIPIP w Łodzi grupowym ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej z firmą ubezpieczeniową „InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka AkcyjnaVienna Insurance Group” Oddział Łódź, ul. Łąkowa 29, od dnia 1 stycznia 2013 r. – warunki ubezpieczenia zamieszczamy na str. 7 i na stronie internetowej OIPIP w Łodzi,
  - dodatkowo sfinansowanie z budżetu OIPIP w Łodzi w roku 2013 prenumeraty „Magazynu Pielęgniarka i Położna” dla jednego rejonów wyborczych/zakładów OIPIP w Łodzi,
  - koszty zakupu 5 egzemplarzy książki dr n. hum. Barbary Dobrowolskiej „Historia szpitala przy ulicy DREWNOWSKIEJ w Łodzi 1892–2003”.
  - ▶ Zatwierdzono uchwały dotyczące funkcjonowania biura w sprawie: zasady organizacji i zasad funkcjonowania biura oraz regulaminu pracy pracowników biura OIPIP w Łodzi (28.11.2012), zasad wynagradzania pracowników biura OIPIP w Łodzi (28.11.2012), pobierania zaliczek pieniężnych z kasy OIPIP w Łodzi, instrukcji obiegu dokumentów finansowo-księgowych w OIPIP w Łodzi, instrukcji gospodarki kasowej w OIPIP w Łodzi.
  - ▶ Powołano przedstawicieli do składów osobowych komisji konkursowych na stanowiska kierownicze – 2 ordynatorów oddziału w 2 zakładach.
  - ▶ Wytypowano 2 przedstawicieli do komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej w ERUDIO w Łodzi – kurs kwalifikacyjny i specjalistyczny.

oprac. mgr Maria Kowalczyk – sekretarz ORPiP

## Kalendarium pracy ORPiP w Łodzi w okresie od 12.07 do 31.12.2012 r.

	Temat	Data	Miejsce	Imię i Nazwisko Członka ORPiP
1.	Spotkanie w Ministerstwie Zdrowia w celu wniesienia uwag do projektów umów na przekazanie dotacji ze środków budżetowych i sposobów jej rozliczania w 2012 r.	23.07.2012 r.	Ministerstwo Zdrowia Warszawa, ul. Miodowa 15	Maria Cianciara
2.	Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi: 1) rozpatrzenie i zaopiniowanie projektu uchwał w sprawie: nadania statutu poszczególnym placówkom, 2) informacja pn. sprawozdanie z realizacji Uchwał Rady Miejskiej w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2012 oraz Miejskiego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na 2012 rok.	22.08.2012 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna
3.	Spotkanie z udziałem Pana Cezarego Rzemka – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia celem omówienia uwag zgłoszonych przez samorząd zawodowy pielęgniarów i położnych do projektów umów na przekazanie dotacji dla samorządu zawodowego pielęgniarów i położnych na realizację zadań przejętych od administracji państwowej w 2012 r.	28.08.2012 r.	Ministerstwo Zdrowia Warszawa, ul. Długa 38/40	Agnieszka Kałużna
4.	Posiedzenie Prezydium NRPiP	30.08.2012 r.	NIPiP Warszawa, ul. Pory 78	Agnieszka Kałużna
5.	Spotkanie i kolejne rozmowy z udziałem Pana Cezarego Rzemka, których przedmiotem są omawiane uwagi zgłoszone przez samorząd pielęgniarów i położnych do projektów umów na przekazanie dotacji ze środków budżetowych.	03.09.2012 r.	Ministerstwo Zdrowia Warszawa, ul. Długa 38/40	Agnieszka Kałużna
6.	Warsztaty szkoleniowe firmy B. Braun i Komisji Pielęgniarek Epidemiologicznych przy ORPiP w Łodzi	12.09.2012 r.	Łódź, ul. Siedlecka 3	Agnieszka Kałużna
7.	Konferencja z okazji 55 rocznicy utworzenia Łódzkiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego o wiodącym temacie „Pielęgniarka zawód z przyszłością”	14.09.2012 r.	Urząd Wojewódzki Łódź, ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna, Joanna Gąsiorowska Zdzisław Bujas oraz członkowie samorządu OIPiP
8.	Pikieta pod Urzędem Wojewódzkim w obronie publicznej ochrony zdrowia zorganizowana przez RŁOZZPiP	14.09.2012 r.	Urząd Wojewódzki Łódź, ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna, Maria Kowalczyk Zdzisław Bujas Ewa Olejnik Halina Kępa Joanna Gąsiorowska Iwona Flamholc oraz członkowie samorządu OIPiP
9.	Debata w Urzędzie Marszałkowskim w obronie publicznej ochrony zdrowia	14.09.2012 r.	Urząd Marszałkowski Łódź, ul. Piłsudskiego 8	Agnieszka Kałużna Zdzisław Bujas Ewa Olejnik

10.	Wizyta seminaryjna w Parlamencie Europejskim w Brukseli, której celem było m. in. podkreślenie rangi Dyrektywy 36/2005/EU dla polskich pielęgniarów	17.09.2012 r.	Parlament Europejski, Bruksela	Joanna Gąsiorowska Elżbieta Ruta oraz członkowie samorządu OIPiP
11.	Posiedzenie NRPiP Posiedzenie Prezydium NRPiP	18-19.09. 2012 r.	Jachranka k. Warszawy	Agnieszka Kałużna Bożena Łuszczczyńska
12.	Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi. Rozpatrzenie i zaopiniowanie projektu uchwały w sprawie zmian w budżecie oraz zmian w budżecie miasta Łodzi na 2012 r. oraz sprawozdanie za I półrocze 2012 r. z wykonania planu finansowego 19 SPZOZ nadzorowanych przez Miasto Łódź	26.09.2012 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna
13.	Inauguracja Roku Akademickiego 2012/2013 w Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, wręczenie dyplomów absolwentom kierunku Pielęgniarstwo	27.09.2012 r.	Akademia Humanistyczno- Ekonomiczna Łódź, ul. Rewolucji 1905 r.	Agnieszka Kałużna
14.	Inauguracja Roku Akademickiego 2012/2013 w Wyższej Szkole Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi	28.09.2012 r.	Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu Łódź, ul. Milionowa 21	Maria Cianciara
15.	Inauguracja Roku Akademickiego 2012/2013 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i Uniwersytetu Łódzkiego połączona z nadaniem tytułu doctora honoris causa Uniwersytetu Łódzkiego profesorowi Aaronowi Ciechanoverowi	28.09.2012 r.	Centrum Dydaktyczne Uniwersytet Medyczny Łódź, ul. Pomorska 251	Agnieszka Kałużna
16.	Wyjazdowe Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi, sytuacja ekonomiczna III Szpitala Miejskiego im. dr K. Jonschera oraz Miejskiej Przychodni „Lecznica”. Rozpatrzenie i zaopiniowanie uchwały w sprawie połączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.	03.10.2012 r.	III Szpital Miejski im. dr K. Jonschera Łódź, ul. Milionowa 14	Agnieszka Kałużna Maria Kowalczyk
17.	Posiedzenie Rady Konsultacyjnej, której wiodącym tematem były – oczekiwania świadczeniodawców w kwestii procesu aneksowania umów na świadczenie finansowane ze środków publicznych na rok 2013	05.10.2012 r.	NFZ Łódzki Oddział Wojewódzki Łódź, ul. Kopcińskiego 56	Lucyna Okulska
18.	Ogólnopolska manifestacja w ramach europejskiej akcji w obronie publicznej ochrony zdrowia i praw pracowniczych zorganizowana przez OZZPiP	05.10.2012 r.	Plac Defilad Urząd Rady Ministrów Warszawa	Zdzisław Bujas, Agnieszka Kałużna Ewa Olejnik Joanna Gąsiorowska Iwona Flamholc Halina Kępa oraz członkowie samorządu OIPiP
19.	Uroczystość Łódzkiej Okręgowej Izby Inżynierów Budownictwa oraz Regionalnej Izby Budownictwa w Łodzi z okazji obchodów Wojewódzkiego Święta Budowlanych	12.10.2012 r.	Łódzki Dom Kultury Łódź, ul. Traugutta 18	Radosław Kałużny
20.	Spotkanie Łódzkiego Porozumienia Samorządów zaufania Publicznego w celu wyróżnienia protestu wobec deregulacji zawodów zaufania publicznego i podpisania stanowiska w przedmiotowej sprawie	16.10.2012 r.	Izba Adwokacka Łódź, ul. Piotrkowska 63	Agnieszka Kałużna

21.	Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi. Rozpatrzenie i zaopiniowanie projektu uchwały w sprawie zmian w budżecie oraz zmian w budżecie miasta Łodzi na 2012 r.	17.10.2012 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna
22.	Uroczystość Rady Okręgowej Izby Radców Prawnych w Łodzi z okazji XXX-lecia Samorządu Radcowskiego	20.10.2012 r.	Aleja Politechniki Łódź, ul. Aleja Politechniki 2	Maria Kowalczyk Maria Cianciara
23.	Posiedzenie Prezydium NRPiP	24.10.2012 r.	NIPiP Warszawa, ul. Pory 78,	Agnieszka Kałużna
24.	Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi. Zapoznanie z sytuacją w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w związku z protestem pracowników	31.10.2012 r.	Urząd Miasta Łodzi, ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna
25.	Spotkanie uzgodnieniowe Łódzkiego Porozumienia Samorządów zaufania Publicznego dotyczące deregulacji	05.11.2012 r.	Izba Adwokacka Łódź, ul. Piotrkowska 63	Agnieszka Kałużna Maria Kowalczyk
26.	Międzynarodowe seminarium nt. ekspozycji zawodowej na czynniki biologiczne personelu medycznego pt. „Nasze bezpieczeństwo to także bezpieczeństwo pacjenta – Dyrektywa 32/2010/EU Ochrona Zdrowia i bezpieczeństwo wykonywania zawodu medycznego zorganizowanej przez łódzki oddział PTP i UMED w Łodzi	06.11.2012 r.	Centrum Dydaktyczno-Kliniczne Uniwersytetu Medycznego Łódź, ul. Pomorska 251	Agnieszka Kałużna Joanna Gąsiorowska
27.	Spotkanie z przedstawicielami Rządu RP w celu wyrażenia sprzeciwu wobec deregulacji zawodów zaufania publicznego	10.11.2012 r.	Izba Adwokacka Łódź, ul. Piotrkowska 63	Agnieszka Kałużna Maria Kowalczyk
28.	Spotkanie robocze Zespołu ds. oceny i weryfikacji kosztów zadań wykonywanych przez samorząd zawodowy pielęgniarów i Położnych w ramach dotacji celowej na realizację zadań przejętych przez samorząd od administracji państwowej. Celem spotkania było doprecyzowanie projektów umów na przekazanie dotacji dla samorządu zawodowego pielęgniarów i położnych	20.11.2012 r.	Ministerstwo Zdrowia Warszawa, ul. Długa 38/40	Agnieszka Kałużna
29.	Spotkanie Komisji Budżetowo-Finansowej przy NRPiP	20.11.2012 r.	NIPiP Warszawa, ul. Pory 78,	Agnieszka Kałużna
30.	Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi. Rozpatrzenie i zaopiniowanie projektu uchwały w sprawie zmian w budżecie oraz zmian w budżecie miasta Łodzi na 2012 r	21.11.2012 r.	Łódź	Agnieszka Kałużna
31.	Spotkanie Regionalnej Rady Polityki Zdrowotnej będącej ciałem doradczym zarządu Województwa Łódzkiego w kwestii dotyczącej ochrony zdrowia	22.11.2012 r.	Urząd Marszałkowski Łódź, ul. Piłsudskiego 8	Maria Cianciara
32.	Wykład w Akademii Zdrowia Seniora nt. „Łódź miasto jednej epoki”	24.11.2012 r.	Urząd Miasta Łodzi Łódź, ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna oraz Członkowie Samorządu OIPIP
33.	Spotkanie w Łódzkim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia	26.11.2012 r.	NFZ Łódzki Oddział Wojewódzki Łódź, ul. Kopcińskiego 56	Maria Cianciara
34.	Posiedzenie Prezydium NRPiP Posiedzenie NRPiP	04- 05.12.2012	Jachranka k. Warszawy	Agnieszka Kałużna Bożena Łuszczczyńska
35.	Spotkanie z pielęgniarkami zatrudnionymi w DPS	18.12.2012 r.	DPS Łódź ul. Podgórna	Agnieszka Kałużna Maria Kowalczyk

oprac. mgr Agnieszka Kałużna – przewodnicząca ORPiP

## Program ubezpieczenia członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na rok 2013

### I. Ubezpieczenie w formie grupowej bezimiennej, za które składka opłacana jest przez Izbę ze składek członkowskich

**Suma ubezpieczenia: 20.000,00 zł**

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna w związku z wykonywaniem zawodu, bez względu na czas i miejsce oraz istnienie stosunku pracy.

#### Zakres ochrony ubezpieczeniowej

Odpowiedzialność cywilna:

- deliktowa, kontraktowa,
- pracownicza regresowa,
- za szkody związane z posiadaniem mieniem (wyposażenie gabinetu),
- odpowiedzialność o charakterze organizacyjnym i porządkowym w związku z wykonywanym zawodem,
- wynikłe z przeniesienia wirusa HIV, Hbs i innych chorób zakaźnych,
- oraz szkody wyrządzone osobom bliskim związane z udzielaniem tym osobom nagłej pomocy, o ile inna pomoc nie mogła być udzielona.

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody spowodowane nieumyślnie, w tym wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z niezawodowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych (w tym szkody wynikłe ze świadczeń wykonywanych bezpłatnie sąsiadom, w ramach wolontariatu, akcje organizowane przez Izbę i nie tylko, itp.)

**Za szkodę osobową rozumie się** szkodę będącą następstwem zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu ciała, wywołaniu rozstroju zdrowia lub spowodowaniu śmierci oraz powstałych w wyniku tego utraconych korzyściach

**Za szkodę rzeczową rozumie się** szkodę będącą następstwem zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia oraz powstałych w wyniku tego utraconych korzyściach

**Zakres terytorialny: Europa**

**Udział własny zniesiony.**

**Trigger:** Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dotyczące szkód powstałych ze zdarzeń zaistniałych w okresie trwania ubezpieczenia, choćby poszkodowani (uprawnieni) zgłosili je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia.

#### Dodatkowe klauzule

##### Klauzula prolongaty

Brak wpłaty przez Ubezpieczającego składki lub pierwszej raty w terminie przewidzianym w umowie ubezpieczenia, nie powoduje wygaśnięcia (rozwiązania) umowy, ani zawieszenia udzielanej ochrony ubezpieczeniowej i nie może być podstawą do wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela umowy ze skutkiem natychmiastowym. W sytuacji braku opłaty składki lub raty składki Ubezpieczyciel zobowiązany jest wyznaczyć Ubezpieczającemu na piśmie dodatkowy, co najmniej 14 dniowy, termin do zapłaty składki (raty). W przypadku nie dokonania wpłaty w wyznaczonym terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

##### Klauzula zapłaty składki

Za datę prawidłowego opłacenia składki ubezpieczeniowej albo jej raty uznaje się datę złożenia przekazu pocztowego lub dyspozycji realizacji przelewu bankowego, bez względu na jego formę (pisemną lub elektroniczną) kwoty należnej z tytułu opłaty składki ubezpieczeniowej lub jej raty, pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków płatniczych.

##### Klauzula automatycznego objęcia ubezpieczeniem przyrostu liczby członków

Przyrost liczby członków OIPIP w Łodzi powyżej 1% liczby Ubezpieczonych członków zgodnie z wnioskiem powinien zostać zgłoszony w ciągu 30 dni od ostatniego dnia miesiąca, w którym nastąpiło przekroczenie powyższego poziomu. Składka za zwiększenie liczby Ubezpieczonych zostanie rozliczona w ciągu 30 dni po zakończeniu okresu ubezpieczenia.

Do rozliczenia zastosowanie będą miały stawki efektywne nie wyższe niż wynikające ze złożonej oferty z uwzględnieniem systemu *pro rata temporis*. Naliczenie składki za

przyrost liczby członków powyżej 1% dokonywane będzie od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło przekroczenie powyższego poziomu. Przyrost liczby członków OIPIP w Łodzi na poziomie 1% liczby Ubezpieczonych lub poniżej nie powoduje konieczności zgłaszania aktualnego stanu liczby członków oraz rozliczania składki. Jednocześnie przyrost członków OIPIP w Łodzi na poziomie lub poniżej 1% liczby zgłoszonych do ubezpieczenia nie będzie powodem odmowy ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez INTERRISK TU S.A.

## II. Rozszerzenie programu dla członków Izby

### Składka opłacana indywidualnie przez pielęgniarki i położne

Wszystkie ubezpieczenia dodatkowe ubezpiecza się na okres 12 miesięcy. Składka płatna jednorazowo. Program nie oferuje obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

1. **Dobrowolne ubezpieczenie OC** osób wykonujących zawód medyczny z rozszerzeniem o HIV, HBS i inne choroby zakaźne. Odpowiedzialność związana z wykonywaniem zawodu oraz udzielaniem pierwszej pomocy

Suma doubezpieczenia	składka roczna
20.000,00 zł	22,00 zł
50.000,00 zł	55,00 zł
100.000,00 zł	80,00 zł
200.000,00 zł	120,00 zł

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna w związku z wykonywaniem zawodu, bez względu na czas i miejsce oraz istnienie stosunku pracy.

### Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

- Odpowiedzialność cywilna:
- deliktowa, kontraktowa,
  - pracownicza regresowa,
  - za szkody związane z posiadanym mieniem (wyposażenie gabinetu),
  - odpowiedzialność o charakterze organizacyjnym i porządkowym w związku z wykonywanym zawodem,
  - wyniki z przeniesienia wirusa HIV, Hbs i innych chorób zakaźnych,
  - oraz szkody wyrządzone osobom bliskim związane z udzielaniem tym osobom nagłej pomocy, o ile inna pomoc nie mogła być udzielona.
- Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody spowodowane nieumyślnie, w tym skutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego/Ubezpieczonego.

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z niezawodowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych (w tym szkody wynikłe ze świadczeń wykonywanych bezpłatnie sąsiadom, w ramach wolontariatu, akcje organizowane przez Izbę i nie tylko, itp.)

**Za szkodę osobową rozumie się** szkodę będącą następstwem zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu ciała, wywołaniu rozstroju zdrowia lub spowodowaniu śmierci oraz powstałych w wyniku tego utraconych korzyściach.

**Za szkodę rzeczową rozumie się** szkodę będącą następstwem zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia oraz powstałych w wyniku tego utraconych korzyściach

### Zakres terytorialny: Europa

### Udział własny zniesiony.

**Trigger:** Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dotyczące szkód powstałych ze zdarzeń zaistniałych w okresie trwania ubezpieczenia, choćby poszkodowani (uprawnieni) zgłosili je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia.

**Dodatkowe klauzule** – jak opisane w pkt. I. Ubezpieczenie w formie grupowej bezimiennej

### 2. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków

Zakres ubezpieczenia:

- 100% uszczerbku na zdrowiu: 100% sumy ubezpieczenia
- w przypadku uszczerbku poniżej 100%: taki procent sumy ubezpieczenia w jakim Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu,
- śmierć w wyniku NW: 50% su,
- zwrot kosztów nabycia protez: do 15% su,
- zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów: do 15% su.

### Suma ubezpieczenia i składka:

#### Wariant I:

suma ubezpieczenia: 5000 PLN  
składka roczna: 17 PLN

#### Wariant II:

suma ubezpieczenia: 10 000 PLN  
składka roczna: 34 PLN

#### Wariant III:

suma ubezpieczenia: 15 000 PLN  
składka roczna: 54 PLN

### III. Zniżki w ubezpieczeniach życia prywatnego

- dobrowolne ubezpieczenie OC w życiu prywatnym: zniżka 15%
- w majątku (mieszkania, domy): 20% zniżki przy utrzymaniu składki minimalnej z polisy 100 zł
- pozostałe ubezpieczenia działalności: 25%
- brak zniżek w ubezpieczeniach komunikacyjnych

### Wykaz agentów wystawiających polisy

#### Łódź

- Agencja PROGRES , ul. Al. Kościuszki 40, tel. 42 636-97-41
- Mariola Cemborek, tel. 695-465-544 agent dojeżdża
- Jolanta Adler, ul. Piotrkowska 182, tel 42 661-36-82
- Agencja WANTO, ul. Przybyszewskiego 99, tel. 42 681-42-06
- Jolanta Gołembiewska, ul. Ketlinga 13, tel. 608 806 406
- Agencja PATRONAT, ul. Piłsudskiego 35, tel. 42 676 70 02
- Agencja ATENA, ul. Wólczańska 128/134, tel. 42 636 60 68
- Agencja GREENT POINT 42 649 46 21

#### Pabianice

Agencja BROKUS  
Pabianice, ul. Gdańska 6 – tel. 42 273-08-30

#### Łęczyca

Jan Ruszkowski  
Łęczyca, Plac Przedrynek 8 pok. 28 – tel. 501 404 465

#### Zgierz, Ozorków

Agencja SECURUS  
Zgierz ul. Długa 29 – tel. 42 719-00-27

#### Tomaszów Mazowiecki

Alina Zalewska  
Tomaszów Maz., ul. POW 5 – tel. 44 724-40-34

#### Kutno

Elżbiera Puchała  
Kutno, ul. Zimowa 11 – tel. 505-072-741

#### Skierniewice, Rawa Mazowiecka

Filia Oddziału Skierniewice  
ul. Gałęckiego 1D – tel. 46 833-41-68

## KOMUNIKATY

### Komisja Warunków Pracy i Zatrudnienia

Komisja Warunków Pracy i Zatrudnienia działająca w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, zaprasza do współpracy Koleżanki i Kolegów wykonujących zawód pielęgniarki i położnej. Zgłoszenia przyjmuje Przewodnicząca mgr Anna Wielgosz (tel. 515 748 689) oraz Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, tel. 42 633 69 63)

### Kierunek Pielęgniarstwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi

Kierunek Pielęgniarstwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi ogłasza nabór na semestr letni 2012/2013 na studia pomostowe i stacjonarne. Osoby zainteresowane zapraszamy do Biura Rekrutacji mieszczącego się przy ul. Sterlinga 26, p. K 016, czynne pn.– pt. w godz. 8.00–16.00. Tel. 42 6315800, bezpłatna infolinia 800080888.

Kontakt mailowy: rekrutacja@ahelodz.pl

### Pielęgniarstwo psychiatryczne – nowy konsultant krajowy

dr hab. n. hum. Ewa Wilczek-Rużyczka  
Instytut Pielęgniarstwa Collegium Medicum UJ  
ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków  
tel. 12/421 41 60; 12/431 27 08  
fax. 12/429 48 72  
e-mail: ewarozo@poczta.onet.pl.

# Transplantologia w Polsce cz.1

SEBASTIAN WIŚLICKI

**W rocznicę pierwszego udanego przeszczepu nerki w 1966 roku, który odbył się w I Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Warszawie dnia 26 stycznia obchodzimy Ogólnopolski Dzień Transplantologii. Ten pierwszy przeszczep w Polsce był wtedy 621 takim zabiegiem na świecie.**

Ogólnopolski Dzień Transplantologii, to właściwa okazja do propagowania wiedzy z zakresu przeszczepów, oraz zachęcania do oświadczenia woli na pośmiertne oddanie narządów, które później mogą komuś uratować życie. Należy jednak pamiętać, że oświadczenie woli w Polsce niema mocy prawnej ale skłania do rozmowy z bliskimi i pozwala poznać wolę pacjenta. Chciałbym przedstawić na łamach biuletynu problem przeszczepów począwszy od danych prawnych, poprzez cały proces śmierci człowieka, pobrania narządów, oraz opieki nad dawcą. Transplantologia jest przyszłością medycyny co potwierdził Jan Paweł II, podczas XVIII Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Transplantacyjnego w Rzymie 29 sierpnia 2000 roku: *Transplantacja to duży krok naprzód w służbie nauki dla człowieka i obecnie wielu ludzi zawdzięcza swoje życie przeszczepionemu narządowi. Co więcej, technika transplantacji udowodniła, że jest znaczącym sposobem osiągnięcia głównego celu całej medycyny – służenia ludzkiemu życiu.*

Polska transplantologia powoli wychodzi na prostą po zapaści, jaka miała miejsce w związku z aferą „Doktora G”. Odniosę się do statystyk z roku 2011, ponieważ w chwili pisania tego artykułu, tj. połowa grudnia, ogólnokrajowe statystyki z roku 2012 nie były jeszcze znane.

Rok 2011 był pod kilkoma względami szczególnie bowiem wdrożono wieloletni plan na lata 2011–2020 pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”. Zakłada on wdrożenie szeregu zadań inwestycyjnych i nie tylko. Jednym z założeń programu jest wzrost liczby przeszczepów od zmarłych dawców o 100 proc. w porównaniu z rokiem 2009.

Kolejnym powodem dla którego rok 2011 był wyjątkowy, było ustanowienie nowych rekordów jeżeli chodzi o liczbę przeszczepionych narządów i liczbę dawców zgłoszonych do Poltransplantu. W całym kraju do Centrum Organizacyjno Koordynacyjnego zgłoszono 732 potencjalnych dawców z czego 553 zostało dawcami rzeczywistymi (dawcy od których pobrano co najmniej

jeden narząd). Dla porównania w 2010 roku było to odpowiednio 655 i 509. Różnica między pierwszą a drugą liczbą wynikała z następujących czynników:

- odstąpienie od dalszych procedur z przeciwwskazań medycznych ( np. wykrycie choroby zakaźnej, nowotworowej, podejrzany wywiad) – 90 przypadków,
- brak komisyjnego rozpoznania śmierci mózgu – 1 przypadek,
- odstąpienie od pobrania z powodu braku autoryzacji pobrania (ujawnienie sprzeciwu dawcy, sprzeciw prokuratury) – 68 przypadków,
- odstąpienie od pobrania z powodu braku odpowiednich biorców (brak zgodności tkankowej, grupy krwi, odpowiednich wymiarów itp.) – 1 przypadek,
- zatrzymanie krążenia u dawcy przed przybyciem zespołów transplantacyjnych – 17 przypadków,
- stwierdzenie u dawcy patologii dyskwalifikującej narząd (np. śródoperacyjnie) – 2 przypadki.

Ponadto w 12 przypadkach zdyskwalifikowano narządy już po pobraniu tak, że z 553 dawców rzeczywistych, dawcami wykorzystanymi (od których pobrano i przeszczepiono co najmniej jeden narząd) zostało 541 osób. Wbrew powszechnej opinii wśród pacjentów ze śmiercią mózgu nie przeważają ofiary wypadków komunikacyjnych. Wg statystyk Poltransplantu 59 proc. przyczyn stanowią choroby naczyń mózgowych (udary niedokrwienne i krwotoczne), dopiero na drugim miejscu znajdują się urazy głowy 33 proc. oraz inne przyczyny np. niedotlenienie w wyniku zatrzymania krążenia, powieszenia czy utonięcia 8 proc.

Średni wiek osób od których pobrano narządy wyniósł 44,5 roku a zakres od 9 miesięcy do 75 lat. Książkowe granice wieku są często weryfikowane przez zapotrzebowanie na dany narząd i wiek biologiczny dawcy. Jest wiele przypadków kiedy potencjalny biorca znajduje się na tzw. liście „urgens” – (z zagrożeniem życia) i zespół transplantacyjny podejmuje decyzje o pobraniu i przeszczepieniu organu od dawcy „marginalnego” ze względu na wiek,

wydolność danego organu czy parametry laboratoryjne. Należy również pamiętać, że narządy posiadają w pewnym zakresie zdolności regeneracyjne i przy ścisłym przestrzeganiu pewnych zasad mogą funkcjonować przez wiele lat lub choćby dają szansę dożycia do „lepszego” przeszczepu. Oczywiście w przypadku poszczególnych narządów są różne kryteria transplantacji i niektóre organy można wykorzystać nawet jeżeli są nieco gorszej jakości a inne mają bardzo wąski margines i muszą spełniać surowe kryteria np. serce czy płuca. Zdarzały się przypadki przeszczepienia organów kiedy wiadomo było o nosicielstwie dawcy wirusa hepatotropowego, bądź niepewnym rozpoznaniu histopatologicznym – ze względu na ciężkość stanu biorcy i na nikłą szansę znalezienia odpowiedniego dawcy w krótkim czasie.

Przekładając liczbę donacji na narządy, w 2011 roku pobrano 1536 organów: 306 wątrób (87 więcej niż rok wcześniej) – przeszczepiono 282 pobrane wątroby, łącznie w 6 ośrodkach krajowych. Zdarzają się sytuacje kiedy chirurdzy stwierdzają śródoperacyjnie pewien stopień stłuszczenia wątroby lub np. podejrzaną zmianę ogniskową, decydują się na pobranie organu (zespół pobierający może być z drugiego końca kraju) i doraźną ocenę histopatologiczną. W przypadku gdy stłuszczenie przekracza pewną wartość lub zmiana okazuje się złośliwa, narząd musi zostać zutylizowany. Serc 85, tj. o cztery więcej niż w roku poprzednim. Jedno serce przekazano do Eurotransplantu, 80 przeszczepiono w Polsce w 5 ośrodkach.

Płuca pobrano od 16 zmarłych dawców. W Zabrzu przeszczepiono 9 pojedynczych płuc i 5 par płuc. W Szcze-

cinie wykonano jedną transplantację pojedynczego płuca. W jednym przypadku płuca przekazano do Eurotransplantu. Nerek pobrano 1088, przeszczepiono 1042 z czego 1002 od dawców zmarłych, zaś 40 od żywych, łącznie w 18 ośrodkach w całym kraju. Ponadto pobrano jeszcze 34 trzustki i jedno przedramię przeszczepione w Szpitalu Świętej Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy w pododdziale replantacji kończyn.

W województwie łódzkim istnieją 2 ośrodki transplantacyjne: Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego oraz WSSz im. M. Pirogowa. Łącznie w 2011 roku wykonano 80 przeszczepów z czego 47 w szpitalu Barlickiego i 33 w Pirogowa. Odpowiednio 48 i 47 w 2010 roku. W USK nr 1 zgłoszono 17 dawców przy czym odsetek pobrań wielonarządowych wyniósł 59 proc. i był wyższy od średniej krajowej. W 2010 roku szpital ten zajął 3 miejsce w kraju pod względem donacji z liczbą 25 dawców.

**W Polsce obowiązuje prawo zgody domniemanej, oznacza to, że jeżeli człowiek za życia nie wyraził sprzeciwu na pobranie tkanek i narządów, zakładamy, że się zgodzał.**

Sprzeciw na pobranie można wyrazić w trzech formach:

- wpis w centralnym rejestrze sprzeciwów (CRS),
- oświadczenie pisemne zaopatrzone we własnoręczny podpis,
- oświadczenie ustne złożone w obecności dwóch świadków i pisemnie przez nich potwierdzone.

Sprzeciw może być cofnięty w każdym czasie. W 2011 roku w CRS zarejestrowanych było 26 000 osób w całym



Autor artykułu

kraju z czego 1706 osób z województwa łódzkiego. Sprzeciwów na pobranie notuje się rok do roku na poziomie 10 proc. z pewnymi fluktuacjami po dziennikarskich sensacjach. Powodem zwiększenia ilości przeszczepów w Polsce było utworzenie w 2007 roku Podyplomowych Studiów Koordynatorów Transplantacyjnych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym oraz zatrudnienie koordynatorów w szpitalach w których istnieje potencjał donacyjny (tzn. są oddziały kluczowe, takie jak OIOM, neurochirurgia, neurologia.) Do końca 2011 roku kierunek ukończyło 316 osób (130 lekarzy i 186 nie lekarzy – pielęgniarek, ratowników.) W 186 szpitalach funkcję koordynatora szpitalnego pełniły 203 osoby. Zatrudnienie koordynatorów przyniosło (średnio po 11 miesiącach) wzrost liczby rzeczywistych zmarłych dawców o 13 proc. oraz wzrost liczby wykorzystanych narządów o 8 proc. Nie zmienił się natomiast odsetek pobranych wielonarządowych – 56 proc. Koordynatorzy szpitalni współpracują z koordynatorami regionalnymi zatrudnionymi z ośrodków transplantacyjnych ci zaś z koordynatorami centralnymi z Poltransplantu. Należy dodać, że koordynator jest tylko jednym ogniwem współdziałającym z dziesiątkami innych osób, dzięki którym szanse na przeżycie dostaje coraz większa ilość pacjentów.

## ŚMIERĆ MÓZGU

### Regulacja przepływu mózgowego

Ludzki mózg stanowi około 2 proc. masy ciała, ale dostaje 20 proc. rzutu serca. Przez tkankę mózgową przepływa krew w ilości 80–90 ml/100g/min. w istocie szarej oraz ok. 30 ml/100g/min. w istocie białej. Komórki nerwowe nie mają zdolności gromadzenia zapasów energetycznych i w bardzo wąskim zakresie zdolne są do przemian beztlenowych. W związku z tym ich prawidłowa funkcja zależy od ciągłego i nieprzerwanego dopływu tlenu i glukozy – jedyne substratu do przemian oksydacyjnych. Na przepływ krwi przez mózgowie mają wpływ:

- różnica ciśnień na końcach naczynia (ciśnienie perfuzyjne),
- właściwości cieczy,
- średnica naczynia,

Największe znaczenie dla prawidłowej perfuzji mózgowej ma ciśnienie tętnicze. Wahania w pewnych granicach nie powodują zmian w przepływie dzięki procesom autoregulacyjnym. Zakres ciśnienia tętniczego, w którym mechanizmy kompensacyjne sprawdzają się to 50–170 mmHg. Spadki średniego ciśnienia do 40 mmHg prowadzą do zmniejszenia przepływów i niedokrwienia mózgu.

Autoregulacja zapewniana jest przez dwa mechanizmy, które uzupełniają się nawzajem:

1. Metaboliczny – zależy od zmian prężności CO<sub>2</sub> i O<sub>2</sub>. Gdy ciśnienie tętnicze jest zbyt wysokie, zwiększony

przepływ krwi powoduje miejscowo wypłukanie CO<sub>2</sub>, co prowadzi do skurczu naczyń, zwiększa się opór i zmniejsza przepływ i odwrotnie przy spadku ciśnienia tętniczego i zmniejszeniu przepływu, dochodzi do miejscowego nagromadzenia CO<sub>2</sub>, rozszerzenia naczyń mózgowych i zwiększenia przepływu pomimo spadku ciśnienia tętniczego. Przy wartościach pCO<sub>2</sub> 20–60 mmHg przyrostowi o 1 mmHg towarzyszy przyrost przepływu mózgowego o 1,2 ml/100g tkanki.

Prężność O<sub>2</sub> jest słabszym regulatorem. Przy niskim ciśnieniu O<sub>2</sub> przepływ zwiększa się a przy wentylacji 100 proc. tlenem, spada o 10-20 proc. Hiperwentylacja pacjenta np. po urazie mózgu celem obniżenia ciśnienia śródczaszkowego jest dość ryzykowny ponieważ zamierzony efekt utrzymuje się około 6–8 godzin a następnie system regulacyjny osiąga nowy stan równowagi, efekt obniżenia ciśnienia śródczaszkowego przez hipokapnie zanika i powstaje problem jak przywrócić prawidłowe pCO<sub>2</sub> bez odwrotnego efektu patologicznego, tj. bez wzrostu przepływu i ciśnienia w jamie czaszki.

Wzrost poziomu CO<sub>2</sub> powoduje otwarcie kanałów potasowych w miocytach znajdujących się w ścianie naczyń krwionośnych, ich hiperpolaryzację i rozkurcz, co prowadzi do rozszerzenia naczyń. Spadek CO<sub>2</sub> np. przy hiperwentylacji zamyka kanały potasowe, powoduje depolaryzację miocytów, skurcz naczyń i przez to spadek perfuzji. Hiperkapnia zwiększa też uwalnianie śródbłonkowego NO dodatkowego czynnika który prowadzi do rozszerzenia naczyń. Na zmiany w miejscowym przepływie krwi przez poszczególne rejony mózgu wpływa też zwiększona aktywność tych obszarów. Przy zwiększonej aktywności wzrasta tempo przemian metabolicznych a przez to rośnie produkcja CO<sub>2</sub>, adenozyne (powstaje w wyniku defosforylacji ATP, ADP i AMP) – rozszerza naczynia poprzez receptor A<sub>1</sub>, którego aktywacja otwiera kanały potasowe i hiperpolaryzuje miocyty. Mechanizmy te zapewniają rozszerzenie naczyń i wzrost przepływu przez rejony, które są aktywne i mają zwiększone zapotrzebowanie na substraty energetyczne i tlen.

### 2. Miogeny.

Zbyt duże rozciąganie ścian naczyń krwionośnych przez zwiększone ciśnienie prowadzi do ich zwężenia, wzrostu oporu i ograniczenia przepływu. Spadek ciśnienia i zmniejszenie rozciągania ścian naczyń prowadzi do rozkurczu miocytów, rozszerzenia łożyska naczyniowego i poprawy przepływu mimo niskiego ciśnienia tętniczego.

Niektóre hormony i peptydy posiadają działanie regulacyjne w stosunku do perfuzji mózgowej. Czynniki te działają na miocyty pośrednio, ponieważ od strony krwi stykają się tylko ze śródbłonkiem. Noradrenalina, wazopresyna, oksytocyna i histamina działają za pośrednictwem NO.

Serotonina powoduje zmniejszenie przepływu mózgowego w dwojaki sposób: zwęża większe tętnice i żyły,

ale jednocześnie rozszerza drobne naczynia. Powoduje to zmniejszenie przepływu, ale też wzrost objętości krwi w mózgu. Podając ketanserynę – bloker receptorów serotoniny, można zwiększyć przepływ aż o 60–80 proc.

Inne substancje posiadające wpływ na układ naczyniowy to m.in. cholecystokinina, substancja P, neurotensyna, neuropeptyd Y, bradykinina, VIP, czynnik EDRF. Należy dodać, że poza czynnikami chemicznymi w regulacji przepływu udział ma również układ autonomiczny, gdyż naczynia krwionośne mózgowia wraz z układem naczyń włosowatych są bogato unaczynione. Jednak wpływ autonomiczny jest stosunkowo niewielki.

### Przyczyny śmierci mózgu

Najczęstszą przyczyną śmierci mózgu są choroby naczyń mózgowych i krwotoki podpajęczynówkowe. 85 proc. pierwotnych krwawień podpajęczynówkowych powodują tętniaki i zniekształcenia tętniczo-żylna. Do innych przyczyn należą naczyniaki (5–10 proc.), miażdżyca, nowotwory, zatrucia i choroby krwi. U 20–26 proc. chorych nie udaje się ustalić źródła krwawienia tzw. krwotoki idiopatyczne.

W populacji ludzkiej częstość występowania tętniaków oceniana jest na 2-8 proc. Pęknięcie w 50 proc. prowadzi do śmierci: 10–25 proc. osób ginie natychmiast, 25 proc. w krótkim czasie od zdarzenia. Istnieje wiele czynników zwiększających ryzyko pęknięcia tętniaka m.in.: nadciśnienie tętnicze, nadużywanie alkoholu i nikotynizm. Tętniaki, szczególnie workowate, najczęściej umiejscowione są w rozwidleniach tętnic. W takim przypadku stwierdza się brak lub niedorozwój błony mięśniowej powstały w wyniku zaburzeń rozwojowych. Ubytki te powiększają się z wiekiem i prowadzą do tętniakowatego uwypuklenia ściany naczynia.

Miażdżyca, uważana niegdyś za główną przyczynę tętniaków, powoduje rzadsze tętniaki wrzecionowate. Pęknięcie w 60 proc. dotyczy osób między 40–60 rokiem życia a mniej niż 10 proc. osób poniżej 30. W przeważającej części do krwawienia dochodzi w części między oponą miękką i pajęczynówką. Istnieją mechanizmy które pomagają niekiedy ograniczyć krwotok. W ciągu 30 sekund dochodzi do wzrostu ciśnienia śródczaszkowego osiągającego wartość ciśnienia tętniczego a krew powoduje tamponadę tętniaka. Nagły wzrost ciśnienia w jamie czaszki zagrażający życiu, buforowany jest przez wyparcie płynu mózgowo-rdzeniowego poza jamę czaszki i zmniejszenie dopływu krwi przez skurcz naczyń. Gdy skrzep ulegnie rozpuszczeniu a ciśnienie powróci do normy, ustąpi skurcz naczyń, powraca ryzyko powtórnego krwawienia – 2 tygodnie po krwotoku pierwotnym. Wtórne krwotoki są obciążone dużą śmiertelnością. Krwawienie z pękniętego tętniaka w 25 proc. przypadków prowadzi do krwiaka śródmózgowego.

### Mechanizm umierania mózgu

Przy krwawieniu śródczaszkowym często obserwujemy pobudzenie układu współczulnego i nadmierne uwalnianie katecholamin, co prowadzi do wzrostu ciśnienia. Mechanizm ten z jednej strony pomaga utrzymać perfuzję przy narastającym obrzęku mózgu, ale z drugiej strony podnosi ryzyko powtórnego krwotoku. Statystycznie przy ciśnieniu rozkurczowym poniżej 90 mmHg wtórne krwawienie występuje w 25 proc. a gdy jest powyżej 110, u 70 proc. Do czynników pogarszających stan chorych po krwawieniu śródczaszkowym jest opóźniony skurcz naczyń krwionośnych. Występuje między 7 a 9 dobą. Dochodzi do niego u 12–60 proc. chorych po incydentach krwawienia. Obecnie uważa się, że za mechanizm skurczu naczyń odpowiedzialne są erytrocyty, hemoglobina i produkty jej rozpadu, płytki krwi, tromboksan, serotonina, fibrynogen, niedobór śródbłonkowego EDRF, ATP, AMP i prostacykliny.

Narastający obrzęk mózgu jest reakcją na każdy czynnik patologiczny niezależnie od jego pochodzenia np.: uraz czaszkowo-mózgowy, krwawienie, udar niedokrwienny, uszkodzenie z niedotlenienia po NZK czy zatrucie. Gdy obrzęk nie zostanie opanowany farmakologicznie i przez mechanizmy kompensacyjne np. zmniejszenie przestrzeni płynowych (przestrzeń podpajęczynówkowa i komory) – dochodzi do wzrostu ciśnienia śródczaszkowego a w konsekwencji zmniejsza się ciśnienie perfuzyjne w mózgu. Zasada Monroe – Kellego mówi, że suma objętości w mózgu krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego i samej tkanki mózgowej jest wartością stałą. Gdy przybywa jednego z tych czynników (np. krwi w wyniku krwotoku) – wzrasta ciśnienie w jamie czaszki, naczynia krwionośne ulegają zaciśnięciu i to jest przyczyną spadku czy wręcz zatrzymania perfuzji. Dochodzi do wpełnienia i mechanicznego uszkodzenia struktur pnia mózgu pod namiot mózdzku i do otworu potylicznego wielkiego tzw. wklonowanie. Dodatkowo wklonowanie prowadzi do ucisku naczyń i martwicy kolejnych obszarów mózgu. Ten mechanizm jest najczęstszą przyczyną uszkodzenia pnia mózgu.

Gdy przepływ spada poniżej pewnej wartości krytycznej, dochodzi do umierania neuronów. Poszczególne partie mózgowia mają różną wrażliwość na niedotlenienie. Obszary filogenetycznie starsze, powstałe w procesie ewolucji wcześniej, są nieco mniej wrażliwe na niedotlenienie i obumierają później, zaś te które powstały najpóźniej, są najbardziej wrażliwe (kora mózgowia). Przy krytycznym niedotlenieniu kora umiera po 3–5 minutach, większość struktur pnia mózgu po 5–10 minutach a neurony kompleksu oddechowego pnia mózgu po 15–30 minutach. Ta różna wrażliwość poszczególnych partii mózgu tłumaczy stan wegetatywny gdy uszkodzeniu ulegają wyższe partie mózgu (w tym kora) przy stosunkowo prawidłowej pracy rejonów regulujących układ oddechowy i krążenia.

Uszkodzenie pnia mózgu ma przełomowe znaczenie w rokowaniu stanu pacjenta. Wzrost ciśnienia śródczaszkowego prowadzi do pobudzenia ośrodków: zwalniającego akcję serca i naczynioruchowego w rdzeniu przedłużonym. Dochodzi do zwężenia naczyń obwodowych, bradykardii i wzrostu ciśnienia krwi. Jest to tzw. odruch Cushinga. Ma na celu kompensację i normalizację przepływu mózgowego. Na początku XX wieku H. Cushing opracował model uszkodzenia mózgu do którego dochodzić miało w wyniku nadnamiotowego wypierania powodującego wzrost ciśnienia śródczaszkowego. Przedstawiany przez Cushinga model pierwotnej nadnamiotowej patologii zakładał, że proces umierania mózgu rozpoczyna się w wyższych partiach mózgowia i zstępuje w dół. Oznaczało to, że w pierwszej kolejności ginie kresomózgowie, następnie międzymózgowie, śródmózgowie, most i rdzeń przedłużony. Konsekwencją tego był inny czas śmierci kory oraz kresomózgowia i pnia mózgu, przy czym ten umierał jako ostatni. Dominującym mechanizmem zniszczenia półkul było niedokrwienie z powodu ustania perfuzji (na skutek wzrostu ciśnienia wewnątrz czaszki) natomiast pień zostaje dodatkowo uszkodzony przez mechanizm wklonowania.

Jednak w latach 70 pojawiły się doniesienia, które zakwestionowały model umierania „z góry w dół”. Obserwowano, że u niektórych pacjentów z klinicznymi objawami śmierci mózgu (szerokie sztywne źrenice, trwały bezdech, brak reakcji z tchawicy i tylnej ściany gardła – co świadczy o uszkodzeniu pnia mózgu) rejestrowano w badaniach EEG czynność bioelektryczną kory mózgowej. Tłumaczono ten fakt obecnością połączeń pomiędzy krążeniem wewnątrz- i zewnątrzczaszkowym przez tętnice oponowe, które pozwalało na przeżycie pewnych skupisk neuronów w korze mózgowej mimo krytycznego ciśnienia i braku perfuzji w jamie czaszki. Nie tłumaczyło jednak przypadków, w których zapis był zbliżony do prawidłowego (fale alfa i beta). Tak złożona aktywność nie mogła być wywołana przez niewielkie skupiska neuronów, ale wymagała współdziałania wielu ośrodków korowych. Wytłumaczono to innym mechanizmem. W przypadku patologii dotyczącej naczyń układu podstawno-kręgowego w początkowej fazie dochodzi do izolowanego zniszczenia pnia mózgu. Stąd objawy kliniczne śmierci mózgu przy zachowanej funkcji rejonów wyższych w tym kory mózgowej. Następnie na skutek narastającego obrzęku uszkodzeniu ulegają wyższe partie mózgu, ale aż do momentu krytycznego wzrostu ciśnienia w czaszce, przeważnie utrzymany jest przepływ przez kresomózgowie, korę i ośrodki podkorowe przy czym dynamika tego procesu może być różnie długa i trwać od kilku godzin do wielu dni. Dlatego też w Polsce żeby uznać człowieka za zmarłego, trzeba wykazać śmierć całego mózgu (łącznie z kresomózgowiem i korą) a nie tylko śmierć pnia mózgu. Tak więc w przypadku patologii pod-

namiotowej (w obrębie pnia), metodami przyrządowymi (np. angiografia lub EEG) należy wykazać, że struktury położone powyżej pnia również są nieaktywne (napisz o tym szczegółowo przy okazji kolejnych artykułów). Należy podkreślić, że nie na całym świecie trzeba wykazać śmierć całego mózgu ponieważ u chorych z martwym „tylko” pniem mózgu i zachowaną aktywnością pięter wyższych rokowanie jest tak samo złe i prowadzi do zatrzymania krążenia tak samo jak u pacjentów z martwym całym mózgiem. Pacjent u którego zachowana jest funkcja kory mózgowej z ciężką patologią pozostałej części mózgu nie jest przytomny czemu dowodzą liczne doświadczenia na zwierzętach, ponieważ stan świadomości wymaga współdziałania wielu obszarów w całym mózgu. W 1983 roku Pallis wykazał, że żaden z 609 pacjentów którzy wykazywali objawy śmierci mózgu nie przeżył pomimo utrzymywanej intensywnej terapii i wentylacji mechanicznej. Kolejnym dowodem na złe rokowanie jest inna praca w której wśród 1147 pacjentów z objawami śmierci pnia mózgu u 147 stwierdzono aktywność kory mózgowej. Jednakże również w tej grupie pacjentów intensywna terapia nie przynosiła efektów i kończyła się śmiercią.

Wszystkie te prace wykazują, że rozpoznanie śmierci mózgu usprawiedliwia zakończenie uporczywej terapii.

Sebastian Wiślicki  
specjalista pielęgniarz z dziedziny  
anestezjologii i intensywnej terapii  
Regionalny Koordynator ds. Przeszczepów w USK nr 1  
w Łodzi oraz w Poltransplancie

Piśmiennictwo:

1. Traczyk W.Z., Trzebski A.: *Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej*. Wydawnictwo lekarskie PZWL. Warszawa 2001.
2. Konturek S.: *Fizjologia człowieka*. Urban & Partner. Wrocław 2007
3. Drobnik L., Jurczyk W.: *Problemy anestezjologii i intensywnej terapii*. Wydawnictwo lekarskie PZWL. Warszawa 1998.
4. Bidziński I.: *Neurochirurgia*. Wydawnictwo lekarskie PZWL. Warszawa 1988
5. Pluta R.M.: *Skurcz naczyń mózgowych po krwawieniach podpajęczynówkowych, patofizjologia, nowe metody zapobiegania i leczenia*. Rozprawa habilitacyjna. Warszawa 1996.
6. Rutkowski B., Śledziński Z., Wujewicz M.: *Wytyczne dotyczące zgłaszania i prowadzenia potencjalnych dawców narządów*. AM w Gdańsku 2005.
7. Iwańczuk W.: *Pierwotne podnamiotowe uszkodzenia pnia mózgu, a kryteria śmierci mózgu*. Anestezjologia i Ratownictwo 1-2008.
8. Iwańczuk W.: *Śmierć mózgu*. Cornetis. Wrocław 2010.
9. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Biuletyn Poltransplantu. Kwiecień 2012.

## Mukowiscydoza jako przewlekła, wieloukładowa choroba metaboliczna cz. 1

mgr MARTA WOŹNIAK

**Mukowiscydoza znana również, jako zwłóknienie torbielowate trzustki (ang. cystic fibrosis – CF) jest przewlekłą, metaboliczną, ogólnoustrojową i najczęściej pojawiającą się wśród rasy białej chorobą genetyczną [1, 2].**

Częstość występowania tej choroby jest różna, w zależności od populacji. W Polsce według danych z 2005 r. częstość zachorowań na mukowiscydozę wynosi 1:2300 – 1:4000 noworodków [3].

CF zalicza się do chorób uwarunkowanych genetycznie dziedziczonych w sposób autosomalny i recesywny. Przyczyną mukowiscydozy jest mutacja genu znajdującego się w długim ramieniu chromosomu 7 (7q31,2), odpowiedzialnego za kodowanie białka CFTR. Wynikiem tej mutacji jest produkcja nieprawidłowego białka, co z kolei prowadzi do upośledzenia czynności kanałów chlorkowych w błonach komórek nabłonkowych układu oddechowego, pokarmowego, moczowopłciowego oraz dróg żółciowych, trzustki i gruczołów potowych. Defekt ten polega na zablokowaniu wypływu jonów chloru oraz wody, a także zwiększonym wchłanianiu jonów sodu. Efektem tego zaburzenia jest powstanie i zaleganie dużej ilości gęstej, lepkiej wydzieliny śluzowej wywołujące objawy chorobowe CF, oraz zaburzenia funkcji wydzielniczej wielu narządów [4, 5, 6].

Obraz kliniczny w mukowiscydozie jest różnorodny w zależności od wieku pacjenta i rodzaju mutacji, jaka jest przyczyną choroby. I tak, najczęstsze objawy kliniczne zależne od wieku pacjenta to:

Okres noworodkowy:

- niedrożność smółkowa,
- przedłużająca się żółtaczka.

Okres niemowlęcy i poniemowlęcy:

- przewlekły, napadowy i nieproduktywny kaszel krztuścopodobny,
- nawracające zapalenia płuc,
- obturacja oskrzeli i oskrzelików spowodowana zaleganiem gęstego i lepkiego śluzu,
- przewlekłe bakteryjne zakażenia dróg oddechowych: pałeczką hemofilii (*Haemophilus influenzae*) i pałeczką zapalenia płuc (*Klebsiella pneumoniae*)
- odwodnienie,

- hipoprotrombinemia,
- hipoproteinemia z postacią obrzękową,
- zasadowica hipochloremiczna,
- objawy zespołu złego wchłaniania,
- cuchnące, tłuszczowe, obfite stolce będące objawami niewydolności,
- zewnątrzwydzielniczej trzustki,
- bardzo słony pot,
- niedobór masy ciała,
- zmiany w RTG (nawracające niedodmy, rozdęcie),
- objawy niedoboru witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K).

Okres dzieciństwa i dorosłości:

- przewlekły kaszel,
- nawracające zapalenie płuc,
- polipy nosa, przewlekłe zapalenie zatok obocznych nosa,
- pałeczkowatość palców rąk i stóp,
- zniekształcenie klatki piersiowej – w ustawieniu wdechowo wydechowym (klatka beczkowata),
- skrzywienie kręgosłupa,
- zmiany w RTG (rozstrzenie oskrzeli i zmiany włókniste mięszu płuc),
- wypadanie śluzówki odbytu,
- refluks żołądkowo-przełykowy,
- krwioplucie,
- próchnica zębów,
- owrzodzenia jamy ustnej,
- marskość żółciowa wątroby,
- kamica żółciowa,
- nadciśnienie wrotne, żylaki przełyku,
- cukrzyca,
- niedobór masy ciała i wzrostu,
- opóźnione dojrzewanie płciowe,
- brak plemników w nasieniu (tzw. azoospermia) lub niska ich liczba (tzw. oligospermia),
- zwiększenie lepkości śluzu w szyjce macicy,



- zapaść podczas upałów,
- nawracające obrzęki ślinianek przyusznych,
- zmniejszona tolerancja wysiłku,
- niewydolność oddechowa, serce płucne,
- przewlekłe kolonizacje dróg oddechowych bakteriami: gronkowcem złocistym (*Staphylococcus aureus*) i/lub pałeczką ropy błękitnej (*Pseudomonas aerugin* [2, 4, 6, 7, 8].

Według kryteriów opracowanych 5 czerwca 1998 r. przez Polską Grupę Roboczą Mukowiscydozy (PGRM), a ostatecznie zatwierdzonych przez Zarząd PGRM w dniu 21 stycznia 1999 r. w Warszawie (wydanie II – 2002 r.) podejrzenie CF opiera się na podstawie stwierdzenia:

- jednego lub więcej objawów klinicznych występujących w chorobie, lub
- obciążającego wywiadu rodzinnego (rodzeństwo chore na mukowiscydozę), lub
- dodatniego badania przesiewowego noworodków w kierunku mukowiscydozy [9].

Leczenie mukowiscydozy jest przede wszystkim leczeniem objawowym. Niezbędnym czynnikiem w procesie leczenia jest opieka i współpraca wielu specjalistów. W skład zespołu terapeutycznego powinni wchodzić: pielęgniarka, alergolog, psycholog, fizyoterapeuta, pracownik socjalny, dietetyk. Osoby te powinny cechować się profesjonalizmem, a każdy ich pacjent powinien być traktowany w sposób indywidualny.

Do głównych metod leczenia CF należą [4, 6, 9, 10, 11, 12, 13]:

1. Poradnictwo w specjalistycznych poradniach (genetycznych, psychologicznych):

Indywidualna i grupowa edukacja chorych

2. Leczenie zaburzeń ze strony układu oddechowego:

Fizjoterapia klatki piersiowej – której celem jest systematyczne, codzienne usuwanie zalegającej wydzieliny oskrzelowej z dróg oddechowych poprzez stosowanie zabiegów inhalacyjnych i różnych technik drenażowych.

Antybiotykoterapia – podawanie antybiotyków zgodnie z antybiogramem doustnie, dożylnie i/lub wziewnie. Antybiotyki stosuje się w przypadku nowych zakażeń oskrzelowo-płucnych oraz w zaostrzeniu przewlekłych zmian zapalnych.

Leczenie mukolityczne – mukolityki poprawiają ewakuację wydzieliny z dróg oddechowych poprzez zmniejszenie jej lepkości. Leki mukolityczne podawane są w postaci doustnej i wziewnej. Chorzy na CF przyjmują je całe życie.

Leki rozszerzające oskrzela – stosowane u większości chorych na mukowiscydozę z powodu występującej u nich nadreaktywności oskrzeli.

Leczenie przeciwwzapalne – obejmuje preparaty sterydowe doustne lub wziewne, niesterydowe leki przeciwwzapalne, a w ostatnich latach w leczeniu przeciwwzapalnym stosuje się również makrolidy.

Leczenie chirurgiczne – znajduje zastosowanie w przypadku ograniczonych rozstrzeni oskrzeli i marskości

tkanki płucnej. Od roku 1985 w leczeniu terminalnego uszkodzenia płuc stosuje się z powodzeniem przeszczepę płuc.

Tlenoterapia – stosowana u chorych z przewlekłą niewydolnością oddechową.

3. Leczenie zaburzeń ze strony układu pokarmowego:

Terapia niewydolności zewnątrzwydzielniczej trzustki – obejmuje suplementację enzymów trzustkowych (np. Kreon) oraz witamin (rozpuszczalnych w tłuszczach, takich jak witamin A, D, E, K).

Leczenie dietetyczne – dieta wysokoenergetyczna, bogatobiałkowa i wysokotłuszczowa, najczęściej wspomagana odżywkami (np. Nutridrink, Fantomalt, Nutrison) mająca na celu zapobieganie niedożywieniu chorego.

4. Leczenie powikłań CF.

5. Nowe, przyszłościowe kierunki leczenia CF:

Terapia genowa – polegająca na wprowadzeniu prawidłowego genu CFTR do komórek nabłonka oddechowego. Jest ona leczeniem przyczynowym.

Mukowiscydoza mimo ogromnego postępu medycyny wciąż zaliczana jest do chorób nieuleczalnych i wymaga bardzo kosztownego leczenia kompleksowego. Rokowanie, co do przeżycia pacjentów z CF uległo widocznej poprawie w przeciągu ostatnich 20 lat. Zarówno w krajach zachodniej Europy jak i w Ameryce Północnej 50 proc. chorych dożywa 30 lat [3, 6]. W Polsce średni wiek w chwili śmierci wynosi obecnie około 18 lat, choć najstarsi żyjący chorzy mają ponad 40 lat [14].

mgr pielęgniarstwa Marta Woźniak  
CSK Instytut Stomatologii w Łodzi  
Oddział zaburzeń afektywnych

Piśmiennictwo:

1. Ferenc T., Chęsy M., Bratkowska W.: *Mukowiscydoza (zwłóknienie torbielowate trzustki, cystic fibrosis – CF)*. w: „Podstawy genetyki” dla studentów i lekarzy pod red. Drewna G., Ferenc T. wyd. Urban & Partner. Wrocław 2003; s. 205

2. Cichońka-Jarosz E.: *Mukowiscydoza*. w: „Wybrane zagadnienia z pediatrii” pod red. Pietrzyk J.J. Tom 2. wyd. UJ. Kraków 2004; s. 263-270

3. Rubinowicz M., Piotrowski R., Nowobilski R.: „Charakterystyka wybranych parametrów antropometrycznych i klinicznych u dzieci chorych na mukowiscydozę”. *Pneumonol. Alergol. Pol.* Tom 73, nr.1, 2005; s. 172-177

4. Gerd H.: *Medycyna wewnętrzna*. wyd. PZWL. Warszawa 2001; s. 541-543

5. Walkowiak J.: *Nieinwazyjna ocena zewnątrzwydzielniczej funkcji trzustki chorych na mukowiscydozę*. Rozprawa habilitacyjna. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2001; s.11-12

6. Oralewska B.: *Mukowiscydoza*. w: „Pediatria” podręcznik do Państwowego Egzaminu Lekarskiego i egzaminu specjalizacyjnego” pod red. Dobrzańska A., Ryzko J. wyd. Urban & Partner. Wrocław 2007; s. 315-316

7. Bal J., Bąk D., Czerska K., Mazurczak T., Nowakowska A., Orlik T., Sands D., Sobczyńska-Tomaszewska A.: „Cystic Fibrosis - Mukowiscydoza”. Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 2006

8. Gliciecka M., Maksymowicz L., Zalewska-Meler A.: „Tajemniczy świat muko – o problemach codziennego życia z mukowiscydozą”. wyd. Teatr STOP & autorzy. Słupsk 2007; s. 15-18

9. Bożkowska K., Cichy W., Jarosz J., Książek J., Łukasik M., Mazurczak T., Milanowski A., Nowakowska A., Pawlik J., Piotrowski R., Pogorzelski A., Prusak J., Sands D., Skorupa W., Stolarczyk A., Teysseire M., Walkowiak J., Wierzbicka M., Witt M., Żebrak J.: „Zasady rozpoznawania i leczenia mukowiscydozy”. Stanowisko Polskiej Grupy Roboczej Mukowiscydozy przy ZG Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego”. *Medycyna Praktyczna Pediatria*. 3, 2000; s. 64-74

10. Kubicka K., Kawalec W.: „Pediatria”. Tom 1. wyd. PZWL. Warszawa 2006; s. 240-243

11. Wiśniewska A.: „Terapia genowa”. *Kwartalnik fundacji pomocy rodzicom i chorym na mukowiscydozę MATIO*, nr 3 (25), 2004; s. 9-10

12. Pogorzelski A.: „Przeszczepy płuc”. *Mukowiscydoza - Biuletyn informacyjny Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą*. nr 18, 2006; s. 23

13. Cichy W.: „Ogólne zasady żywienia i suplementacji preparatami enzymów trzustkowych i witaminami w mukowiscydozie”. *Kwartalnik fundacji pomocy rodzicom i chorym na mukowiscydozę MATIO*, nr 3 (13), 2001; s. 10-12

14. Mazurek H.: „Mukowiscydoza” w: „Choroby wewnętrzne” pod red. Szczeklik A., *Podręcznik multimedialny oparty na zasadach EBM*, wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.

## APEL O POMOC

Szanowni Państwo,

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

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

Tylko 15 proc. chorych przekroczyło 24 rok życia, mój syn ma 31 lat i wszystko robimy, aby jak najdłużej żył.



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

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

Dziękujemy bardzo!

# Nie daj się wypalić!

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Wypalenie zawodowe nie jest zjawiskiem nowym, choć obecnie mówi się o nim znacznie więcej niż kilkanaście lat temu. Spowodowało to przejście od sfery przemysłu do sfery usług, co pociągnęło za sobą wzrost liczby ludzi, którzy w ramach wykonywanej pracy są zmuszeni do kontaktowania się z innymi. To właśnie oni są szczególnie narażeni na możliwość doświadczenia wypalenia zawodowego, a jest ono bardziej prawdopodobne w sytuacji, kiedy brakuje dopasowania między charakterem pracy a charakterem osoby ją wykonującej. Z takim niedopasowaniem mamy do czynienia np. wtedy, kiedy osoba ma poczucie pracy ponad swoje możliwości (musi wykonać zbyt dużo w zbyt krótkim czasie i/lub mając do dyspozycji zbyt mało zasobów) lub gdy nie jest doceniana za swoją pracę (brak odpowiedniego wzmocnienia lub poczucie braku szacunku ze strony przełożonych). W dosłownym znaczeniu termin „wypalenie zawodowe” może oznaczać: „jestem wyczerpany i nic więcej nie mogę zrobić ani dać”. Tak definiowane zjawisko obejmuje objawy, które można zaklasyfikować do trzech grup. Przybliży je tab. 1.

Nie zawsze zestaw cech przedstawionych w tabeli 1 jest efektem utraty satysfakcji z wykonywanej pracy. Czasami może wystąpić on u osób, które mają inne problemy (np. odczuwają zaburzenia depresyjne albo zwyczajnie nie lubiły nigdy swojej pracy). Na zjawisko wypalenia są najbardziej narażone osoby, które: angażują się bardzo intensywnie w to, co robią (i w związku z tym były choć raz „zapalone” do pracy), mają wysokie oczekiwania względem siebie (natura typowa dla perfekcjonistów), negują granice własnego obciążenia (sprawiają wrażenie, jakby wszelkie prawa dotyczące

zdrowego trybu życia ich nie dotyczyły), lekceważą osobiste potrzeby (i dobrowolnie z nich rezygnują; być może jest za to odpowiedzialny zbyt niski poziom asertywności?); wreszcie godzą się na poszerzanie zakresu swoich obowiązków. Nic więc dziwnego, że w pewnym momencie osoba wypala się... Proces ten przebiega w 12-tu etapach.

1. Osoba chce udowodnić własną wyjątkowość, dlatego odczuwa przymus ciągłego działania, nawet kosztem własnych ograniczeń. Szczególnie narażone na takie poświęcanie się są osoby wrażliwe na poczucie bycia potrzebnym (któż zresztą nie lubi takiego osobistego zysku?). Potrzebne jest więc zaznaczanie granicy między dążeniem do efektywnego działania a samodzielnie ustalonym tempem pracy.

2. Rośnie poziom zaangażowania w pracę. Pracownik ma wewnętrzne przekonanie typowe dla „Zosi Samosi” – samodzielne wykonanie pracy jest podstawą do udowodniania własnej wartości. Ważne jest więc ćwiczenie umiejętności delegowania zadań.

3. Zaniedbywanie swoich potrzeb, co prowadzi w efekcie do zaburzeń snu. Może także pojawić się uzależnienie od substancji psychoaktywnych.

4. Czas na niewłaściwe zachowania typu niedopilnowywanie terminów wskutek wyczerpania. Ważna jest tu właściwa interpretacja tych zachowań; ich przyczyną nie jest wyłącznie zmęczenie – ty masz w tym swój udział!

5. Przewartościowanie priorytetów. Wartości nie związane z pracą stają się nieistotne. Pojawia się dużo emocji negatywnych, których ekspresja skutkować może dysfunkcjami w kontaktach i spustoszeniem w już istniejących relacjach społecznych. To jasne, kiedy warczysz na ludzi, oni będą robić

Tab. 1. Zestawienie cech konstytuujących wypalenie zawodowe

Wyczerpanie emocjonalne	Wyczerpanie poznawcze	Wyczerpanie fizyczne
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ uczucie przygnębienia</li> <li>✓ uczucie bezradności</li> <li>✓ uczucie beznadziejności i braku perspektyw</li> <li>✓ uczucie rozczarowania</li> <li>✓ pustka emocjonalna</li> <li>✓ osamotnienie</li> <li>✓ brak chęci do działania</li> <li>✓ nieefektywna kontrola emocji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ negatywna atrybucja siebie</li> <li>✓ negatywne nastawienie do pracy</li> <li>✓ depersonalizacja klientów</li> <li>✓ poczucie nieudolności i niskiej własnej wartości</li> <li>✓ utrata kontaktów towarzyskich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ chroniczne zmęczenie</li> <li>✓ częste infekcje (i związane z nimi zwolnienia lekarskie)</li> <li>✓ bóle</li> <li>✓ zmiana wagi ciała</li> <li>✓ zaburzenia snu/koszmary senne</li> <li>✓ brak energii</li> <li>✓ często – sięganie po substancje psychoaktywne, aby poradzić sobie z uczuciem wyczerpania fizycznego</li> </ul>

Źródło: opr. własne na podstawie Litzke S., Schuh H.

to samo w stosunku do siebie. W takim ujęciu wypalenie zawodowe, jak zauważa Ch. Maslach, może być zaraźliwe. Pomoc może odnowienie wcześniejszych dobrych znajomości.

6. Uruchomienie mechanizmu wyparcia. Przejawia się to w zachowaniach typu: agresja, deprecjonowanie rzeczywistości, brak empatii. Towarzyszą temu dolegliwości fizyczne.

7. Wycofanie się. Człowiek traci perspektywę na przyszłość i czuje się wyobcowany. Działa automatycznie. Jest to ostatni etap, kiedy profesjonalna pomoc może zapobiec dalszemu rozwojowi syndromu. Brak ingerencji będzie skutkować dalszą degradacją osoby.

8. Kolejne zmiany w zachowaniu i dalsze wycofywanie się z życia. Mogą pojawić się reakcje paranoidalne.

9. Utrata poczucia własnej osobowości i autonomii. Osoba wykonuje zadania automatycznie. Brakuje miejsca na refleksje emocjonalne.

10. Pojawienie się uczucia wewnętrznej pustki. Człowiek jest zniechęcony i pusty. Może pojawić się lęk przed ludźmi.

11. Depresja, rozpacz, wyczerpanie i wewnętrzny ból występują naprzemiennie z apatią i myślami samobójczymi.

12. Pełnoobjawowe wypalenie – wyczerpanie fizyczne, emocjonalne i psychiczne, a także podatność na infekcje, ryzyko wystąpienia chorób serca, układu krwionośnego i pokarmowego.

Czy w sytuacji wypalenia zawodowego osoba nim dotknięta jest bezradna i skazana na wykonywanie pracy mimo braku satysfakcji? Absolutnie nie! Istnieje wiele pomysłów, jak można radzić sobie z objawami wypalenia (np. słynne „zamień schody na windę”, które można rozumieć zarówno w sensie dosłownym, jak i przenośnym, jak również przegląd stosowanych przez siebie metod radzenia sobie z napięciem). Wśród wszystkich propozycji ciekawe wydaje się podejście B. Kerbel, która proponuje „pięć kroków pomagających wydobyć się z pułapki”. Przyjrzyjmy się im bliżej.

**Krok 1. Rozpoznanie problemu.** Odpowiedz sobie na pytanie, co się stanie, gdy będziesz pracować mniej? Stracisz poczucie, że jesteś ważny? Stracisz pracę? Stracisz kontrolę? Odpowiedź zapisz na kartce. Będzie potrzebna, aby znaleźć przyczynę odpowiedzialną za twój stan. Ta przyczyna to jednocześnie motywacja, która popycha cię w stronę zbyt intensywnej pracy. Kerbel zaleca, aby wpisać w kalendarzu notatkę o koniecznym, co najmniej corocznym przeglądzie ciała i ducha. To ma być czas na uczciwe rozstrzygnięcie, czy dasz radę dalej pracować tak, jak do tej pory, czy też, podobnie jak samochód na przeglądzie, potrzebujesz jakiejś naprawy, spotkania z przyjaciółmi, zwolnienie tempa etc.

**Krok 2. Ustalenie priorytetów.** Proces ten polega na uporządkowaniu zadań według stopnia ich ważności i pilności. Pamiętaj też o „buforze czasowym”, jeśli wykonanie jakiegoś zadania obliczasz na dwie doby, powiedz, że potrzebujesz na to czterech dni! W ten sposób dajesz sobie czas na ewentualne poprawki i możesz z dużym prawdopodobieństwem założyć, że zyskasz w oczach klientów jako osoba, na której „zawsze można polegać”.

**Krok 3. Odzyskanie kontroli.** Musisz uświadomić sobie swoje potrzeby i wartości. Co jest ci potrzebne do szczęśliwego życia? Trzeba zwyczajnie zacząć zwracać uwagę na siebie i pielęgnować ważne dla siebie wartości dnia codziennego. Tak więc „Twoje szczęście w Twoich rękach”!

**Krok 4. Mówienie „nie”.** Z pomocą może przyjść ci asertywne odmawianie. Odmowa oznacza, że wyznaczasz granice żądaniom dotyczącym twoich zasobów, kiedy te żądania są sprzeczne z twoimi potrzebami i pragnieniami. Oznacza to także, że możesz odmawiać bez poczucia winy. W klasycznym schemacie odmawiania asertywnego zaleca się kroki, które przedstawia tabela 2.

## Kroki niezbędne w asertywnym odmawianiu:

- ✓ Uznaj prośbę drugiej osoby przez jej powtórzenie
- ✓ Wyjaśnij powód odmowy
- ✓ Odmów (opcjonalnie) Jeśli to właściwe, zaproponuj alternatywne rozwiązanie, które zaspokoi potrzeby obu stron, np. „Wiem, że chciałabyś, abym dzisiaj pomogła ci w sporządzeniu raportu (uznanie prośby), muszę jednak załatwić swoje sprawy (wyjaśnienie). Nie mogę więc ci pomóc (odmowa)”.

Źródło: opracowanie wł. na podstawie Bourne, 2012

Jeśli masz problemy z odmawianiem, pomocne mogą być niniejsze zasady:

- daj sobie czas (np. „Dam ci odpowiedź pod koniec tygodnia”, „Prześpij się z tym i zadzwonię do ciebie jutro”),
- nie przepraszaj nadmiernie,
- bądź konkretna, dokładnie określaj, co zrobisz, a czego nie, np. „Chcę ci pomóc przy przeprowadzce, ale ze względu na moje plecy mogą nosić tylko lekkie pakunki”,
- używaj asertywnej mowy ciała – mów spokojnie, ale stanowczo, nie daj ponieść się emocjom,
- uważaj na poczucie winy!

**Krok 5. Rób przerwy** (te krótkie, aby przez moment pogapić się przez okna na chmury, jak i te dłuższe – w niedzielę i święta na kontemplację). Przerwy pomagają w odzyskiwaniu równowagi psychicznej i, paradoksalnie, pomagają w rodzeniu się nowych idei i pomysłów, dlatego nie warto z nich rezygnować.

Nawet najsilniejsi kiedyś wyczerpują swoje zasoby! Aby więc nie doszło do wypalenia zawodowego, trzeba zawsze pamiętać o sobie, swoich potrzebach, pragnieniach i dopasowywać otoczenie do siebie, a nie – dopasowywać się do niego.

Tylko w ten sposób zachowasz czujność, dzięki której możliwe stanie się rozpoznanie wczesnych niepokojących oznak zbliżającego się wypalenia zawodowego. Wyjdzie to wszystkim na zdrowie!

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

# Dodać serca do opieki nad osobą z chorobą Alzheimera cz. 1

## Działania w kierunku humanizacji relacji międzyludzkich we współczesnym świecie

AGNIESZKA KUBIAK

Współczesny świat, goniąc za nieustannym postępem i rozwojem, wymaga nierzadko zbyt wiele i porusza się zbyt szybko w stosunku do życia ludzkiego, które chciałoby się przecieżyć, by trwało jak najdłużej, zatrzymując się choć na krótki czas w radosnych i szczęśliwych chwilach. Dochodzi często zatem do sytuacji wręcz paradoksalnej, bowiem z jednej strony nieustannie rozwijamy technologię, by usprawnić życie ludzkie, dążymy do tego, by żyło nam się lepiej, robimy wszystko „dla” człowieka, lecz z drugiej strony nierzadko zapominamy w swych działaniach o nim samym, tzn. o podmiocie naszych działań. Skupiając się na czynnościach wokół człowieka, kroczymy nieustannie obok niego, jednak rzadko kiedy idziemy razem z nim. W ten oto sposób często mamy do czynienia z dehumanizacją relacji międzyludzkich we współczesnym świecie, czego konsekwencje najdotkliwiej odczuwają nasi tzw. „najmniejsi bracia”, jak np. ludzie starsi, cierpiący na chorobę Alzheimera, którym pragnę poświęcić ten artykuł.

Specyfikę opieki nad osobami z chorobą Alzheimera miałam możliwość poznać podczas praktyk studenckich, które odbywałam w Środowiskowym Domu Samopomocy (dalej ŚDS) przy Towarzystwie Alzheimerowskim w Łodzi. Pracując z chorymi przebywającymi w łódzkim ŚDS dostrzegłam jak bardzo ważny problem i jednocześnie trudne wyzwanie dla opiekunów stanowi podnoszenie jakości życia tych osób. Podejmując próby wyłonienia czynników oraz środków, które znacząco wpływałyby na jakość życia chorych, zaobserwowałam, iż kontakty społeczne stanowią wiodący, a nierzadko jedyny czynnik podnoszący jakość życia osób z chorobą Alzheimera. Problem jakości życia chorych, jak również skutecznego jej podnoszenia poprzez kontakty społeczne, stał się dla mnie inspiracją do realizacji projektu socjalnego pt. „Aby młodość wiedziała, aby starość mogła” na rzecz podopiecznych ŚDS w Łodzi oraz napisania pracy licencjackiej poświęconej tym właśnie zagadnieniom.<sup>1</sup>

Poszukując ideału postawy, jaką powinien reprezentować opiekun osób z chorobą Alzheimera, miałam na względzie nie tylko jakość życia chorych, ale również nierozdzielnie z nią związaną jego wartość. Udało mi się skutecznie

wypracować postawę, jeśli nie idealną, to z pewnością najbardziej zasadną w kontakcie opiekun – chory. Wypracowanie tej postawy nie byłoby możliwe gdyby nie koncepcja pedagogiki serca Marii Łopatkowej, którą autorka opiera na postawie miłującej. Choć koncepcja pedagogiki serca oraz postawa miłująca powstała z myślą o dzieciach, to dostrzegam jej zasadność i skuteczność w stosowaniu również wobec osób starszych, cierpiących m.in. na chorobę Alzheimera, stąd postanowiłam przenieść ją na grunt gerontologii i zastosowałam podczas pracy z podopiecznymi ŚDS w Łodzi.

**Ludzi starszych dotyka wiele problemów związanych z ich wiekiem, szczególnie problemów zdrowotnych, które upośledzają ich funkcjonowanie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Jedną z jednostek chorobowych, która niesie z sobą szereg negatywnych konsekwencji w codziennym funkcjonowaniu jest choroba Alzheimera.**



Można zadać sobie w tym momencie pytanie: dlaczego koncepcja powstała z przeznaczeniem dla dzieci ma zastosowanie w pracy z osobami starszymi? *Maria Łopatkowa za Donaldem Winnicotem, uważa, iż rozwój uczuć moralnych dziecka zaczyna się wówczas, gdy, już jako niemowlę uzewnętrznia swe potrzeby płaczem, wrzaskiem, czy też chęcią gryzienia.*<sup>2</sup> Niewielkie są możliwości poznawania i rozumienia dziecka przez dorosłego i toż samo dorosłego przez dziecko. Świat dorosłego i świat dziecka to dwa odmienne światy, z czego wypływają trudności we wzajemnym poznawaniu i rozumieniu przedstawicieli tych światów. Podobnie świat człowieka dorosłego i starszego również są od siebie bardzo odległe i różnią się pod wieloma względami. Dzieje się tak, bowiem świat starszej osoby jest tak bardzo bliski światu dziecka. Jednak chciałabym w tym miejscu wyraźnie przeciwstawić się wszelkim porównaniom osoby z chorobą Alzheimera do dziecka. Owszem, chory niekiedy zachowuje się jak dziecko (ale i „zdrowym” dorosłym to się zdarza), podobnie jak dziecko poznaje świat sercem, jak również potrzeby chorego są zbliżone do potrzeb dziecięcych, jednak świat pacjenta jest pozbawiony „treści dziecięcego świata. Świat jest przeżywany dziecięco, ale nie jest już światem dziecięcym.”<sup>3</sup> Ponadto porównywanie chorego do dziecka, zawiera w sobie sugestię, jakoby chory na starość zdzieciinniał, a określenie to ma

negatywny wydźwięk, nieco prześmiewczy, ironiczny, stąd nie przystoi, by było używane względem starszych osób, które choć utraciły swe wspomnienia, to mimo wszystko dźwigają nadal na swych plecach ogromny bagaż życiowy, a to sprawia, że należy im się szacunek ponad wszystko.

Kontakty społeczne osób z chorobą Alzheimera oparte na postawie miłującej znacząco podwyższają jakość ich życia oraz podtrzymują jego wartość. Najważniejszą rolę w podtrzymaniu pełnowartościowości życia tych osób odgrywają ich opiekunowie, szczególnie pielęgniarki, zważywszy na fakt, iż stanowią one najliczniejszy personel domów pomocy społecznej, domów dziennego pobytu, szpitali psychiatrycznych, gdzie często przebywają osoby z chorobą Alzheimera. Należy podkreślić, iż jest to jednostka chorobowa niezwykle przebiegła, bowiem próbuje dehumanizować człowieka zaburzając wszystkie typowe gatunkowi ludzkiemu procesy poznawcze, co czyni niezwykle skuteczną, ponieważ faktycznie w miarę postępu choroby osoba nią dotknięta sukcesywnie traci rozum, jednakże nie traci serca, które pozwala jej odczuwać życie w pełnej gamie emocji. Powinien o tym pamiętać opiekun chorego, który musi przede wszystkim dostrzec w nim pełnowartościowego człowieka, co z kolei pozwoli mu na działania humanizujące ich wzajemne relacje. Dostrzec jednak w człowieku – człowieka, sprawa z pozoru banalna, okazuje się nie taka prosta, szczególnie jeśli mamy go dostrzec w jednostce pozbawionej poznawczych aspektów życia ludzkiego, jak m.in. w osobie z chorobą Alzheimera. Tutaj bowiem nie pomoże „mędrca szkiełko i oko”, nie pomoże lampa Diogenesa, bowiem w tej sytuacji, jak to pisze Antoine de Saint-Exupéry w „Małym Księciu”, *dobrze widzi się tylko wtedy, gdy patrzy się sercem. Najważniejsze jest dla oczu niewidoczne.*

Czy jest zatem możliwe podniesienie jakości życia chorych oraz zachowanie jego pełnowartościowości? Na podstawie doświadczenia w pracy z osobami z chorobą Alzheimera mogę stwierdzić, że jest to jak najbardziej możliwe, a ową pozytywną perspektywę pozwala mi budować koncepcja pedagogiki serca Marii Łopatkowej, jako ta najbardziej skuteczna i zasadna w zastosowaniu w opiece nad osobami z chorobą Alzheimera.

**Osoby z chorobą Alzheimera – grupa społeczna wymagająca szczególnej troski ze strony społeczeństwa**

Ludzi starszych dotyka wiele problemów związanych z ich wiekiem, szczególnie problemów zdrowotnych, które upośledzają ich funkcjonowanie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Jedną z jednostek chorobowych, która niesie z sobą szereg negatywnych konsekwencji w codziennym funkcjonowaniu jest choroba Alzhei-

mera. Nie jest to jednostka chorobowa tak bardzo powszechna w porównaniu do innych chorób cywilizacyjnych, jak nadciśnienie tętnicze czy choroba wieńcowa, których ryzyko wystąpienia również rośnie wraz z wiekiem. Jednakże ten, kogo dotknie choroba Alzheimera, staje się w tym wypadku mniejszością, a o mniejszość potrzeba nam dbać szczególnie, stawać w obronie jej praw i nadawać zasadne przywileje. Gdy dotknie nas bowiem coś, co jest powszechne, co spotyka wielu innych ludzi wraz z nami, wówczas wydaje nam się to mniej krzywdzące i czujemy, że nie jesteśmy z tym sami, że wielu innych ludzi spotkał podobny los. Jednak, gdy dotknie nas coś, co jest mało spotykane, zdarza się stosunkowo rzadko, wtedy czujemy się szczególnie pokrzywdzeni, jakby szczególnie wówczas pytamy: dlaczego akurat ja, dlaczego akurat mnie to dotknęło, dlaczego moich bliskich? Trudno jest być pokrzywdzoną mniejszością, o czym powinien pamiętać każdy, kto ma kontakt z takimi rodzinami, a znajduje się w tym wypadku w „szczęśliwej” większości niedotkniętych tą „krzywdą”, szczególnie zaś osoby opiekujące się chorymi, jak pielęgniarki, terapeuci, pedagodzy, lekarze. Szczęśliwe położenie po tzw. „bezpiecznej stronie igły”, nie stanowi usprawiedliwienia braku empatii. Z licznych mniejszości bowiem składa się nasze społeczeństwo, stąd w braku zrozumienia choć między niektórymi z tych światów, braku tej choć cienkiej „nici porozumienia”, nie zapewnij się ładu społecznego, solidarnej wspólnoty i szczęśliwej perspektywy życia ludzkiego.

### Wyzwanie dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera – poprawa jakości ich życia

Opiekunowie osób z chorobą Alzheimera codziennie stoją przed trudnym wyzwaniem, jakie niesie realizacja poszczególnych celów podejmowanych działań opiekuńczych, w tym najważniejszego, jakim jest poprawa jakości życia chorych. Obserwując osoby z chorobą Alzheimera możemy stwierdzić, że jakość ich życia jest bardzo niska. Chorzy wymagają stałej opieki oraz uwagi ze strony opiekunów, jak również zapewnienia jak najlepszych warunków życia.

Choroba Alzheimera stanowi jedno ze schorzeń otępiennych, w przebiegu którego procesy niszczenia mózgu (neurodegeneracyjne) prowadzą do zaburzeń procesów psychicznych, takich jak: pamięć, zdolność myślenia i zmysł orientacji, a w zaawansowanym stadium mogą skutkować również zmianami osobowości i utratą mowy.

Choroba Alzheimera jest inaczej nazywana otępieniem typu alzheimerskiego.<sup>4</sup> Prawdopodobnie jest „najczęstszą chorobą odpowiedzialną za występowanie otępienia i stanowi 40–70 proc. wszystkich jego przypadków.”<sup>5</sup> Nazwa tej jednostki chorobowej pochodzi od nazwiska

niemieckiego neuropsychiatry Aloisa Alzheimera, który w 1907 r. opisał ją po raz pierwszy.<sup>6</sup>

Dramatem dla rodziny i opiekunów osób z chorobą Alzheimera jest świadomość degradacji psychicznej chorego oraz pogarszania się jego stanu zdrowia, ponieważ choroba ta jest nieuleczalna. Nie należy dokonywać porównań (na ile to możliwe) osoby chorej do stanu sprzed choroby, ponieważ wnioski dla bliskich są bardzo przykre. Pacjenta trzeba postrzegać takim, jakim jest obecnie. Rodzina i opiekunowie powinni uzbroić się w cierpliwość, muszą być silni zarówno fizycznie, jak i psychicznie, aby móc wspierać siebie i chorego.<sup>7</sup>

Sytuacja nierzadko wydaje się beznadziejna, a opiekunowie bezradni wobec nasilających się zaburzeń psychicznych oraz pogarszającego się stanu zdrowia chorego i jego dysfunkcjonalności społecznej, a co za tym idzie coraz niższej jakości życia. Jednakże, czy zawsze opiekun osoby z chorobą Alzheimera jest faktycznie bezradny i nie jest w stanie zrobić nic w kierunku optymalizacji życia chorego, czy też jego działania są faktycznie nieefektywne i bezsensowne? Aby móc to stwierdzić, należy podejść do tego problemu w sposób całościowy, uwzględniając wszelkie jego aspekty.

Opierając się na dualistycznym sposobie pojmowania jakości życia wg Stanisława Kowalika, możemy poddać analizie jakość życia osoby z chorobą Alzheimera, biorąc pod uwagę aspekt poznawczy oraz przeżyciowy. Tak więc analizując w pierwszej kolejności aspekt poznawczy, należy stwierdzić, iż niestety możliwość odczuwania swojego życia przez poznawanie go jest u tych chorych niewielka, a niekiedy jest to wręcz niemożliwe. Osoby z chorobą Alzheimera nie zdają sobie często nawet sprawy z tego, że chorują, co jest w pewnym sensie zbawienne, zważywszy na brzemienność skutków tej choroby, ale jednocześnie jest to utrudnieniem, ciężarem, z uwagi na brak krytycyzmu chorych wobec siebie i swojego zachowania. Dysfunkcjonalność świadomości refleksyjnej, spowodowana nasilającymi się zaburzeniami procesów poznawczych, skutecznie uniemożliwia ustosunkowanie się do swojego życia, pojmowanego zarówno jako „tu i teraz”, ale też i przeszłości, która przecież buduje tożsamość. Sytuacja jest na tyle trudna, że często opiekunom nasuwa się, że skoro chorzy nie są świadomi swojej choroby, skoro nie są w stanie ustosunkować się do samych siebie, do swojego życia, to nie są w stanie ocenić też jego jakości, a tym samym odnieść się do niej. Zatem nie ma potrzeby troszczyć się o to, by tą jakość ich życia polepszać, skoro i tak nie są jej świadomi. Nieświadomość refleksyjna często jest utożsamiana z brakiem uczuć. Bowiem skoro człowiek nie jest świadomy, co się z nim dzieje, nie wie kim jest, nie potrafi odnieść się do siebie, ocenić jakości swojego życia, to oznacza, że nie doświadcza również uczuć z tym związanych. Według mnie jest to nic bardziej mylnego. Spowodowane jest to pomijaniem w ocenie

jakości życia chorego aspektu przeżyciowego (emocjonalnego), który jest zazwyczaj bagatelizowany, mimo że jego rola jest niepodważalna. Chory może doświadczać różnych stanów psychicznych. To, że nie potrafimy nazwać, określić swoich uczuć, czy nawet nie jesteśmy ich świadomi, nie znaczy, że ich nie odczuwamy i nie przeżywamy lub przeżywamy mniej głęboko. Osoba z chorobą Alzheimera często nie jest świadoma swojej choroby, jej objawów, co nie oznacza, że nie doświadcza jej skutków, które to są niestety bardzo przykre. Tym samym, to że jakość życia osoby z chorobą Alzheimera jest bardzo niska, powinno skłaniać opiekunów tej osoby do starań o jej optymalizację. Ponieważ, mimo że chory nie zdaje sobie sprawy z niskiego poziomu jakości swojego życia, to z pewnością odczuwa on jej skutki, co pozbawia go możliwości odczuwania życiowej satysfakcji i przeżywania szczęścia. Nieświadome szczęście podwyższa, równie nieświadomie jakość życia pacjenta, co nam z kolei daje świadomość, że opieka jest właściwa, dobra. Pamiętać bowiem należy, że w danej chorobie aspekt poznawczy jest ważny, z tego względu, że daje nam wiedzę, a wiedza zawsze daje władzę, w tym wypadku władzę nad chorobą. Jednakowoż aspekt przeżyciowy również odgrywa istotną rolę m.in. w chorobie Alzheimera, bowiem chociaż nie możemy tutaj sprawić, by pacjent wiedział wszystko, co istotne na temat jego choroby i wykorzystywał to, by radzić sobie w codziennym życiu, możemy zapewnić mu pozytywne doznania, przeżycia, uczucia. Stąd choć wiedza daje władzę nad chorobą, jednakże to właśnie uczucia dają władzę nad całym naszym życiem, pozwalając je kontrolować, sterować nim, ale także, a może przede wszystkim, przeżywać je, doświadczać jego szczęścia.

Piśmiennictwo:

1. A. Kubiak, „Kontakty społeczne osób z chorobą Alzheimera a jakość ich życia w świetle koncepcji pedagogiki serca”, praca napisana pod kierunkiem: dr D. Wolskiej-Prylińskiej, Katedra Pedagogiki Społecznej, Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki, Łódź 2012.
2. B. Śliwerski, Współczesne teorie i nurty wychowania, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005, s. 93.
3. P. Jordan, Zdziecinnienie – opresja czy metoda?, [w:] R. Borkowski (red.), Starość i młodość, Uczelniane Wydawnictwo Naukowo-Dydaktyczne, Kraków 2007, s. 31.
4. J. Schiefele, I. Staudt, M. Dach, Choroby wieku podeszłego – postępowanie pielęgnacyjne, [w:] K. Galus (red.), Pielęgniarstwo geriatryczne, Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2003, s. 26-27.
5. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 61.
6. R. Carson, J. Butcher, S. Mineka, Psychologia zaburzeń, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003,
7. K. Adamczyk, Pielęgniarstwo neurologiczne, Wyd. Czelej, Lublin 2000, s. 78.



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Już prawie 15 lat upływa od powstania **Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki**, które obecnie skupia ponad 1000 członków zwyczajnych i 4 honorowych. Chcemy, jako region łódzki jeszcze aktywniej włączyć się w działalność szkoleniową i naukową, przygotowując standardy praktyki i wykaz kompetencji dla pielęgniarek naszej specjalności. Coraz więcej z Was kończy kursy kwalifikacyjne i wymarzone specjalizacje w tej jakże trudnej naukowej dyscyplinie medycznej, która stawia najwyższe wymagania. Pragniemy jako Zarząd stworzyć możliwość szerokiej wymiany doświadczeń, Waszych opinii i umiejętności zawodowych oraz utrwalenia przyjaźielskich więzi, jak również zawiązania nowych. Mam nadzieję, że nasze spotkania w przyszłości zaowocują nowym podejściem do rozwiązywania problemów zdrowotnych naszych pacjentów, jak również naszego środowiska.

Zgodnie z paragrafem 10 Statutu Towarzystwa członkiem PTPAiO może zostać pielęgniarka, pielęgniarz lub położna zatrudniona w jednostkach anestezjologii i intensywnej opieki medycznej a także przedstawiciel innego zawodu medycznego związany zawodowo z tymi działaniami medycyny.

Aby złożyć deklarację należy wypełnić formularz dostępny na stronie: [www.ptpaio.pl/deklaracja](http://www.ptpaio.pl/deklaracja) oraz wysłać go na adres e-mail: [elaj9@tlen.pl](mailto:elaj9@tlen.pl)

Członkostwo jest pełne po podjęciu uchwały przez Zarząd i opłaceniu pierwszej składki członkowskiej.

W imieniu Zarządu PTPAiO  
Oddział Łódzki oraz własnym  
serdecznie zapraszam

Przewodnicząca  
mgr Elżbieta Janiszewska  
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa  
anestezjologicznego i intensywnej opieki

# Zasady użytkowania portu dożylnego cz. 2

ANETA BRONKA

## Nakłucie portu

Naczelnymi zasadami obowiązującymi w trakcie użytkowania portu jest zachowanie aseptyki oraz zapobieganie powstaniu zatoru powietrznego. Do nakłuwania membrany portu stosowane są igły Hubera o specjalnym szlifie. Użycie zwykłej igły (Quinckego) może spowodować uszkodzenie i nieuszczelnienie systemu. Zaleca się używanie strzykawek o pojemności co najmniej 10 ml [3, 4, 8]. Użycie strzykawki o mniejszej pojemności generuje duże ciśnienie i może prowadzić do uszkodzenia systemu. Rozmiar igły dobiera się biorąc pod uwagę rodzaj portu (jedno – lub dwukomorowy), grubość tkanki podskórnej oraz rodzaj planowanej czynności np. do podawania żywienia pozajelitowego czy przetaczania krwi stosuje się igły o grubości 18–19 G.

Przed wykonaniem nakłucia można znieczulić skórę nad portem stosując krem Emla pod opatrunkiem okluzyjnym, na 60–90 minut przed zabiegiem. Po usunięciu kremu, okolicę portu należy zdezynfekować ruchem spiralnym od środka na zewnątrz i odczekać około 30 sekund do wyschnięcia preparatu. Zaleca się używanie jałowych rękawiczek w trakcie manipulacji w obrębie portu [3, 4, 8].

Port lokalizuje się chwytając brzegi komory pomiędzy kciuk i palec wskazujący. Igłę Hubera wbija się prostopadle do powierzchni portu, w środek przestrzeni pomiędzy palcami i stabilnie mocuje do skóry oklejając przezroczystym opatrunkiem. Przygotowując zestaw do przetoczeń z igłą Hubera, wypełniamy płynem dren nie zdejmując osłonki z igły. Po wkłuciu i zamocowaniu igły w porcie, podajemy kilka mililitrów płynu a następnie obniżamy worek lub butelkę z 0,9% NaCl poniżej poziomu serca. Wsteczny wypływ krwi świadczy o prawidłowym funkcjonowaniu zestawu [3].

W przypadku konieczności pobrania krwi, jednorazowego podania leku lub przepłukania portu, można użyć igły Hubera bez zestawu do przetoczeń. Należy pamiętać o tym, aby w takich przypadkach, po wykonaniu zabiegu, nie odłączać igły wbitej w port od strzykawki lub aparatu do przetoczeń. Grozi to powstaniem zatoru powietrznego [3].

Odpowiednio zabezpieczona igła może pozostać w porcie do 72 godzin [3, 4], natomiast w przypadku podawania preparatów krwi lub żywienia pozajelitowego – obowiązuje wymiana igły co 24 godziny [3, 5].

## Pobranie krwi do badania

Po wkłuciu igły Hubera, należy przepłukać port 10 ml 0,9%NaCl – pierwsze 5 ml pobranej krwi odrzucamy, do badania przekazując następną próbkę. Przy pobieraniu krwi na posiew, pobieramy krew bezpośrednio po wkłuciu, bez przepłukiwania. Po zakończeniu pobierania krwi do bada-

nia przepłukujemy system heparynizowanym roztworem soli fizjologicznej w ilości co najmniej 20 ml (10–1000 j.m heparyny/ml) [3].

## Podawanie krwi i preparatów krwiopochodnych

Po każdej przetocznej jednostce masy erytrocytarnej lub płytkowej, port należy przepłukać roztworem heparynizowanej soli fizjologicznej (20 ml). Po zakończeniu przetaczania krwi stosuje się wlew z 0,9% NaCl a następnie podaje 20 ml heparynizowanej soli fizjologicznej [3].

## Prowadzenie żywienia pozajelitowego

Podczas długotrwałego podawania preparatów żywieniowych, układ należy przepłukiwać wlewem soli fizjologicznej co 8–12 godzin oraz każdorazowo w przypadku incydentalnych przetoczeń. Poleca się zastosowanie grubszych igieł (18–19 G) ze względu na szybszy przepływ i mniejsze prawdopodobieństwo tworzenia się osadów [3].

Na zakończenie wlewów układ portu należy przepłukać roztworem heparyny w stężeniu 10–1000j/ml (tzw. korek heparynowy) w ilości około 5 ml [3]. Igłę z portu należy usunąć pod ciśnieniem, kontynuując wlew lub wycofać igłę podając przez strzykawkę roztwór soli fizjologicznej [3]. Miejsce po usunięciu igły należy zdezynfekować i zabezpieczyć jałowym opatrunkiem. Jeżeli port nie jest używany przez dłuższy czas, konieczne jest sprawdzenie drożności portu oraz przepłukiwanie go roztworem heparyny [3, 6].

Do zabezpieczenia cewnika portu używane są także leki fibrynolityczne, cytrynian sodu a także nierozcieńczona heparyna [3]. W literaturze podawane są różne dane dotyczące okresu od zakończenia wlewów do przeprowadzenia kontroli: od 3–4 tygodni [4, 6] do 4–6 tygodni [3].

## Zalecenia dla pacjentów z wszczepionym portem

Port dożylny dla pacjenta przyjmującego leki lub żywienie w sposób przewlekły jest dużym komfortem. W przypadku stosowania się pacjenta do zaleceń dotyczących stylu życia – port może służyć bardzo długo – opisano przypadek korzystania z portu przez 17 lat [9]. Niezbędne jest jednak przestrzeganie kilku warunków „życia z portem”:

1. Pielęgnacja i dbanie o skórę nad wszczepionym portem (kremy odżywcze, nawilżające). Wielokrotnie nakłuwana i narażona na działanie środków chemicznych skóra, staje się cienka i podatna na uszkodzenia. Należy unikać nadmiernego nasłonecznienia oraz napinania i podrażniania skóry np. paskiem od torebki czy ramiączkiem stanika [8, 9].
2. Ramię z wszczepionym portem powinno być wyłączone z procedur medycznych, takich jak: pobieranie krwi, mierzenie ciśnienia krwi, podawanie leków [9].

3. Pacjent powinien unikać uprawiania sportu związanych ze znacznym wysiłkiem i zaangażowaniem górnej części klatki piersiowej, np. kulturystyka, podnoszenie ciężarów, golf, tenis. Gwałtowne ruchy i naprężenia w trakcie ćwiczeń mogą doprowadzić do mechanicznego uszkodzenia cewnika. Pływanie w trybie rekreacyjnym nie jest przeciwwskazane [9].

Poza wymienionymi ograniczeniami, pacjent z wszczepionym portem naczyniowym, może podejmować wszystkie aktywności związane z życiem zawodowym, prywatnym i społecznym. Dzięki takiemu rozwiązaniu pacjenci mają możliwość prowadzenia np. terapii żywieniowej w warunkach domowych.

Aneta Bronka – licencjat pielęgniarstwa  
WSS im. M. Pirogowa w Łodzi

Piśmiennictwo:

1. Kamińska M.: *Obsługa i zasady pielęgnacji portów dożylnych – pielęgniarska procedura postępowania*. Ann UMCS Sect D. Vol. LX, Suppl. XVI 184, 2005.
2. Jarosz J.: *Wszczepialne systemy dostępu naczyniowego o długotrwałym zastosowaniu („porty”)*. Totally implantable central venous

access ports. Spotkanie uzgodnieniowe Onkologia w Praktyce Klinicznej Tom 2, nr 1, 40–48, Warszawa, 20 stycznia 2006 roku.

3. Młynarski R.: *Port dożylny*. Infostudio sc. Lublin 2009.

4. Kalinowska B.: *Implantacja portu naczyniowego – zadania pielęgniarki w profilaktyce występowania zakażeń odcewnikowych*. Materiały z Konferencji Szkoleniowej dla pielęgniarek, Warszawa 2009;60-65.

5. Piątek K., Karczmarek-Borkowska B.: *Zastosowanie portów naczyniowych u chorych leczonych chemicznie*. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego. Wydawnictwo UR, Rzeszów 2009;3:306-311.

6. Nowakowska-Zajdel E., Bucki B., Rusinowska Z. et al.: *Długoterminowy dostęp żylny typu „port” u dorosłych pacjentów leczonych na oddziale onkologicznym – obserwacje własne*. Wiadomości Lekarskie 2007, LX, 11–51123.

7. Mirza B., Vanek V.W., Kupensky D.T.: *Pinch-off syndrome: case report and collective review of the literature*. Am Surg. 2004 Jul;70(7):635-44.

8. Młynarski R.: *Procedura obsługi portu dożylnego*. Onkol Info, Tom 5, 1:37-40.

9. Goździk J.: *Porty naczyniowe – zastosowanie kliniczne*. Przewodnik Lekarza. Suplement, SESJA II; 98-101.

centrum edukacji  
**Erudio**

Centrum Edukacji ERUDIO  
[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)  
tel. 42 630 95 59, kom. 784 009 277  
90-224 Łódź, ul. Pomorska 83/85

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE  
PRZEZ TELEFON  
**42 630 95 59**  
**42 630 73 00**  
LUB PRZEZ INTERNET  
[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)

**ZAPRASZAMY NA KURSY ORAZ  
SPECJALIZACJE**

**SPECJALIZACJE DLA PIELĘGNIAREK**  
Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo operacyjne • Pielęgniarstwo położnicze • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej •  
Pielęgniarstwo kardiologiczne • Pielęgniarstwo anestezjologicznej i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo psychiatryczne •  
Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo zachowawcze • Pielęgniarstwo chirurgiczne

**SPECJALIZACJE DLA POŁOŻNYCH**  
Pielęgniarstwo położnicze

**SPECJALIZACJE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**  
Pielęgniarstwo neonatologiczne • Pielęgniarstwo epidemiologiczne

**KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**  
Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

**KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK**  
Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo kardiologiczne • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej •  
Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo  
ratunkowe • Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania • Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią • Pielęgniarstwo  
onkologiczne • Pielęgniarstwo pediatriczne • Pielęgniarstwo zachowawcze

**SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**  
EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Komunikacja interpersonalna w pielęgniarstwie  
• Edukator w cukrzycy • Leczenie ran

**SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH**  
Szczepienia ochronne noworodków • Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

**SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK**  
Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania  
spirometrycznego • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Wykonanie  
konikopunkcji i odbarczanie odmy przężnej oraz wykonania dojścia dospikowego

**CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIP W WARSZAWIE  
ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPŁOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIP W ŁODZI**

**PŁATNOŚĆ  
ROZKŁADAMY NA  
DOGODNE,  
MIESIĘCZNE RATY**

Możliwość dofinansowania przez ORPIP  
GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!  
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA  
[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)

## Plan szkoleń i kursów organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, rozpoczynających się w roku 2013

Uchwała Nr 520/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie zatwierdzenia planu i kosztów szkoleń i kursów organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, rozpoczynających się w roku 2013

### I. KURSY KWALIFIKACYJNE w dziedzinie:

- Pielęgniarstwa rodzinnego**, program dla pielęgniarek, jedna edycja (I półrocze).
- Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki**, program dla pielęgniarek, dwie edycje (I i II półrocze).
- Pielęgniarstwa opieki długoterminowej**, program dla pielęgniarek, jedna edycja (I półrocze).
- Pielęgniarstwa operacyjnego**, program dla pielęgniarek i położnych, jedna edycja (II półrocze).
- Pielęgniarstwa opieki paliatywnej**, program dla pielęgniarek, jedna edycja (II półrocze).
- Pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią**, program dla pielęgniarek, jedna edycja (II półrocze).
- Pielęgniarstwa psychiatrycznego**, program dla pielęgniarek, jedna edycja (II półrocze).
- Pielęgniarstwa onkologicznego**, program dla pielęgniarek, jedna edycja (II półrocze).
- Organizacja i zarządzanie**, program dla pielęgniarek i położnych, jedna edycja (I półrocze).

### II. KURSY SPECJALISTYCZNE w zakresie:

- Szczepienia ochronne** Nr 03/07, program dla pielęgniarek, pięć edycji, w tym:
  - trzy edycje w OIPiP w Łodzi (I i II półrocze),
  - dwie edycje w zakładach: SSW im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim – jedna edycja, WSS im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu – jedna edycja.
- Endoskopii**, program dla pielęgniarek, jedna edycja (I półrocze).
- Leczenie ran** Nr 11/07, program dla pielęgniarek, dwie edycje (I i II półrocze).
- Podstawy dializoterapii** Nr 08/09, program dla pielęgniarek, jedna edycja (I półrocze).
- Wykonanie badania spirometrycznego**, program dla pielęgniarek, jedna edycja (II półrocze).
- Wykonywanie i ocena testów skórnych**, program dla pielęgniarek, jedna edycja.
- Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego** Nr 03/07, program dla pielęgniarek i położnych, siedemnaście edycji, w tym:
  - cztery edycje w OIPiP w Łodzi (I i II półrocze),

- trzynaście edycji w zakładach: SPZOZ w Łęczycy – jedna edycja, WZZOZ CLCHPiR ul. Okólna 181 – dwie edycje, SSGCHPiR w Tuszynie – jedna edycja, SPZOZ w Wieluniu – dwie edycje, Pabianickie Centrum Medyczne w Pabianicach – jedna edycja, WSS im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu – dwie edycje, NZOZ im. A. Troczewskiego w Kutnie – jedna edycja, SSW im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim – jedna edycja, NZOZ Szpital Powiatowy w Brzezianach – jedna edycja i WSZ w Skierniewicach – jedna edycja.
- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa** Nr 02/07, program dla pielęgniarek i położnych, dwadzieścia pięć edycji, w tym:
  - cztery edycje w Łodzi (I i II półrocze),
  - dwadzieścia jeden edycji w zakładach: Centrum Kardiologii Med-Pro w Zgierzu – jedna edycja, XII Oddział Kardiologiczny PAKS w Bełchatowie – jedna edycja, WZZOZ CLCHPiR ul. Okólna 181 – dwie edycje, SSGCHPiR w Tuszynie – jedna edycja, WSS im. Pirogowa w Łodzi – jedna edycja, WSS im. Kopernika w Łodzi – dwie edycje, SW im. Jana Pawła w Bełchatowie – cztery edycje, SSW im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim – dwie edycje, SPZOZ w Wieluniu – dwie edycje, Pabianickie Centrum Medyczne w Pabianicach – jedna edycja, SS im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu – dwie edycje, WSZ w Skierniewicach – dwie edycje.
- Terapia bólu przewlekłego u dorosłych** Nr 06/07, program dla pielęgniarek i położnych, jedna edycja (II półrocze).
- Przygotowywanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych**, dla pielęgniarek i położnych, jedna edycja (II półrocze).
- Leczenie ran** Nr 12/07, program dla położnych, jedna edycja (II półrocze).
- Szczepienia ochronne u noworodków** Nr 04/08, program dla położnych, jedna edycja (I półrocze).
- Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy przężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego** (Nr 05/08), program dla pielęgniarek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, cztery edycje (I i II półrocze).
- Profilaktyka chorób piersi** (Nr 07/07), program dla pielęgniarek, jedna edycja (I półrocze).
- Poradnictwo w zakresie przygotowania rodziny do pełnienia funkcji prokreacyjnej**, program dla położnych, jedna edycja (II półrocze).
- Edukator w cukrzycy** (Nr 02/11), program dla pielęgniarek i położnych, jedna edycja (I półrocze).

### III. WARSZTATY PSYCHOLOGICZNE dla pielęgniarek i położnych prowadzone w zakładach:

10 godzin dydaktycznych, grupa szkoleniowa 20 osób, dwadzieścia edycji z wybranych tematów:

- Radzenie sobie z emocjonalnym obciążeniem w pracy pielęgniarki – zarządzanie emocjami.**
- Psychologiczna obsługa klienta medycznego.**
- Techniki pracy pielęgniarki w kontakcie z trudnym pacjentem.**
- Radzenie sobie ze stresem oraz profilaktyka zespołu wypalenia.**
- Wzmacnianie poczucia wartości personelu medycznego.**
- Rozwój osobisty i zawodowy, czyli autoprezentacja w poruszaniu się po rynku pracy.**
- Psychologiczne zasady udzielania wsparcia pacjentom i radzenie sobie z obciążeniem emocjonalnym.**
- Efektywna współpraca w grupie zadaniowej.**

### IV. SZKOLENIE „OTWARTY DIALOG” dla pielęgniarek i położnych prowadzone w zakładach:

Szkolenie z psychohigieny szerokiego spektrum sukcesu według projektu integracji państw UE w zakresie zależności pomiędzy grupą zawodową osób z doświadczeniem a osobami wchodzącymi do zawodu – 8 godzin dydaktycznych (6 h teoria + 2 h ćw. w grupach), grupa szkoleniowa 20 osób – dwie edycje.

### V. SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE:

których rozpoczęcie planowane jest w 2013 r. w ramach wygranego przetargu ogłaszanego przez Ministra Zdrowia w roku 2013 dla województwa łódzkiego, zgodnie z terminami wskazanymi w umowie:

– OIPiP w Łodzi:

**Pielęgniarstwa neonatologicznego**, program dla pielęgniarek i położnych,

**Pielęgniarstwa epidemiologicznego**, program dla pielęgniarek i położnych,  
**Pielęgniarstwa chirurgicznego**, program dla pielęgn.,  
**Pielęgniarstwa opieki długoterminowej**, program dla pielęgniarek,  
**Pielęgniarstwa operacyjnego**, program dla pielęgniarek,  
**Pielęgniarstwa nefrologicznego**, program dla pielęgniarek (rezerwa),  
**Organizacji i zarządzania**, program dla pielęgniarek i położnych (rezerwa).

### VI. WAŻNE

- Osoby zainteresowane udziałem w powyższych kursach i szkoleniach proszone są o składanie kart zgłoszeń (oryginał), do biura OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17. Druki dostępne w biurze i na stronie internetowej Okręgowej Izby ([www.oipp.lodz.pl](http://www.oipp.lodz.pl)).
- Karty zgłoszeń należy składać do dnia 10 lutego 2012 r. jednak nie później niż na 30 dni przed planowanym terminem szkolenia, kursu.
- Wnioski nieczytelne, niekompletnie wypełnione, bez potwierdzonych składek systematycznie opłacanych minimum przez 2 lata przed terminem złożenia wniosku nie będą rozpatrywane!
- Przypominamy, iż 1 raz w roku kalendarzowym można skorzystać z 1 wybranego kursu, szkolenia, które finansowane jest z budżetu Okręgowej Izby (od 01.01.2013 r. Uchwała Nr 435/VI ORPiP z dnia 09.10.2012 r.).
- Kursy i szkolenia, na które wpłynęła zbyt mała liczba zgłoszeń lub ich brak nie będą realizowane.
- Informacje nt. szczegółowych terminów kursów będziemy publikować w biuletynie, na stronie internetowej Izby oraz przekazywać na bieżąco pełnomocnikom ORPiP.
- Informacji dodatkowych udziela sekcja szkoleń pod numerem tel. 042 639-92-62, 781 014 062 i 781 014 032, w godzinach pracy biura OIPiP.



## KOMUNIKAT

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w współpracy z Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim Oddział w Łodzi zaprasza w dniu 1 lutego 2013 roku na konferencję pt:

### „Aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w świetle aktualnych zmian legislacyjnych w ochronie zdrowia”

Konferencja odbędzie się w Dużej Sali obrad Urzędu Miasta Łodzi, ul. Piotrkowska 104. Przewidywany czas od godz. 9.00–15.00.

Formularz zgłoszeniowy prosimy przesać do dnia 15 stycznia 2013 r. na adres OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź. Liczba miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń. Program konferencji oraz karta zgłoszenia dostępna na stronie [www.oipp.lodz.pl/](http://www.oipp.lodz.pl/) komunikaty.



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Człowiek- najlepsza inwestycja



## ZASTRZYK KOMPETENCJI INTERPERSONALNYCH ULTRA FORTE

Zapraszamy  
Panie pielęgniarzy i położne, Panów pielęgniarzy i położnych  
na bezpłatne szkolenia z zakresu:

Asertywności - 17-18. 01. 2013 r. ●

Komunikacji w zespole i przekazywania  
trudnych informacji - 22-23. 01. i 02-03. 02. 2013 r.

Komunikacji z pacjentem i jego rodziną ●  
19-20. 01. i 04-05. 02. 2013 r.

Radzenia sobie ze stresem - 29-30.01. 2013 r. ●

UCZESTNICY OTRZYMUJĄ BEZPŁATNIE:

- materiały dydaktyczne
- płytę z multimedialnym kursem
- książki związane z tematem warsztatów
- certyfikat uczestnictwa
- poczęstunek

Zajęcia prowadzą doświadczeni, certyfikowani trenerzy posiadający dużą wiedzę psychologiczną i współpracujący od lat ze środowiskiem medycznym.

**PUNKT REKRUTACYJNY**  
92-204 Łódź, ul. Józefa 7/35  
tel. kom. 512 228 406  
tel. 42 239 41 16

Biuro Projektu  
TEB Edukacja Piotrków Trybunalski  
ul. Armii Krajowej 24 a  
tel. (44) 647 09 72

Dowiedz się więcej na:  
[www.efs.teb.pl](http://www.efs.teb.pl)

## Piękna nasza stolica

ZDZISŁAWA KULESZA

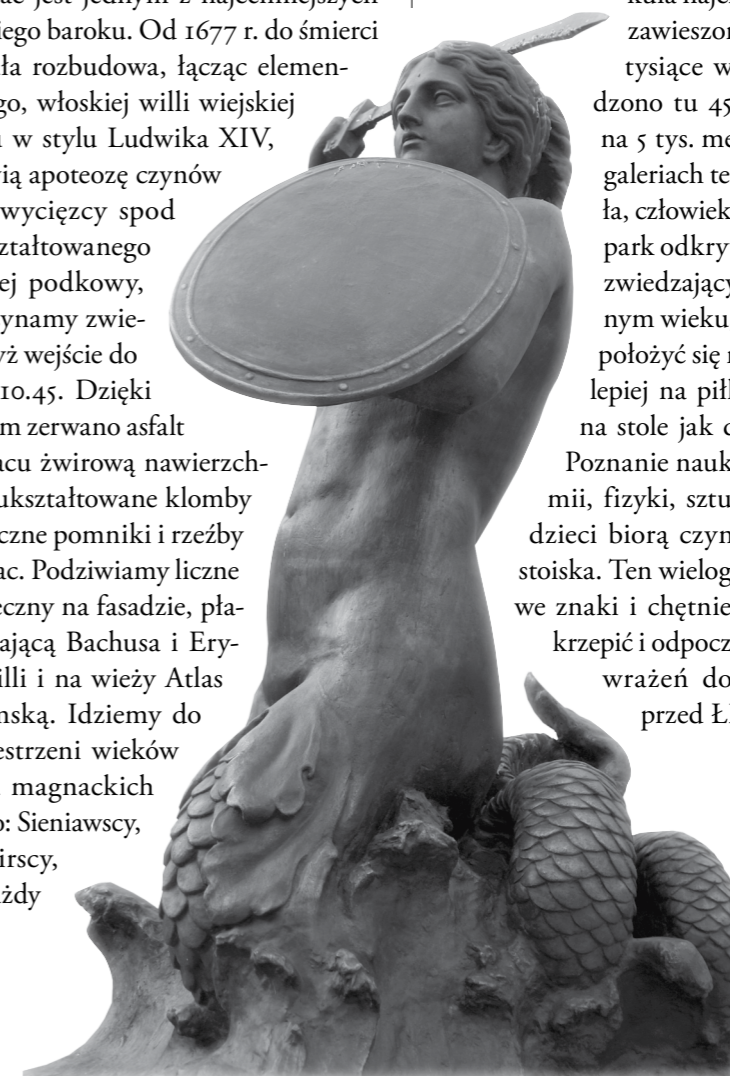
W dniu 21 października 2012 r. o godz. 7.00 wyruszymy do Warszawy na naszą ostatnią w tym roku wycieczkę. Mamy zwiedzić Wilanów, Stadion Narodowy i Centrum Nauki „Kopernik”. W okolicy Strykowa obserwujemy wschód słońca, duża złota kula wylania się z horyzontu, a po polach snują się mgły. Jazda piękną autostradą jest wygodna i szybka – o 9.00 jesteśmy na Woli. Zabieramy z trasy pana Zygmunta Pazio – naszego przewodnika, który wskazuje kierunek trasy i opowiada o mijanych obiektach – most Poniatowskiego, Muzeum Wojska Polskiego, plac i pomnik Charles de Gaulla, budynki ministerstw, ambasad, Łazienki, Belweder z pomnikiem J. Piłsudskiego (to już zwiedzaliśmy), rezydencja prezydenta, popiersie Sikorskiego, dzielnica Mokotów (400 tys. mieszkańców), Świątynia Opatrzności Bożej wybudowana w 1980 r. w podzięce za uchwalenie Konstytucji 3 Maja. To tylko niektóre z oglądanych z autokaru obiektów. Dojeżdżamy do Wilanowa zwanym dawniej Milanowem, gdzie król Jan III Sobieski stworzył swą letnią rezydencję. Pałac jest jednym z najcenniejszych zabytków epoki polskiego baroku. Od 1677 r. do śmierci króla w 1696 r. trwała rozbudowa, łącząc elementy dworu szlacheckiego, włoskiej willi wiejskiej i francuskiego pałacu w stylu Ludwika XIV, a jej dekoracje stanowią apoteozę czynów mężnego władcy i zwycięzcy spod Wiednia. Wokół ukształtowanego w formie prostokątnej podkowy, teren ogrodowy. Zaczynamy zwiedzanie od ogrodu, gdyż wejście do pałacu jest na godz. 10.45. Dzięki funduszom europejskim zerwano asfalt i zrobiono wokół pałacu zwirową nawierzchnię i ścieżki. Pięknie ukształtowane klomby kwiatów i krzewów, liczne pomniki i rzeźby zdobią cały teren i pałac. Podziwiamy liczne zdobienia, zegar słoneczny na fasadzie, płaskorzeźbę przedstawiającą Bachusa i Erygonę, supraportę Sybilli i na wieży Atlas dźwigający kulę ziemską. Idziemy do pałacu, który na przestrzeni wieków był własnością wielu magnackich rodzin. Po królu byli to: Sieniawscy, Czartoryscy, Lubomirscy, Potoccy i Branicy. Każdy

rozbudowywał i upiększał rezydencję pozostawiając po sobie ślad. W 1805 r. Stanisław Kostka Potocki udostępnił swoją kolekcję sztuki i apartamenty mieszkalne króla Jana III Sobieskiego do zwiedzania. Przechodzimy korytarzem do komnat podziwiając ich oryginalną XVII-wieczną dekorację malarską i rzeźbiarską. Popiersie króla i Marysieńki, posąg króla na koniu, portrety rodzinne i całe wyposażenie wnętrza robi wrażenie. Na pięttrze pałacu oglądamy Galerię Portretu Polskiego XVI – XIX wieku.

Po godz. 12.00 jedziemy do Centrum Nauki „Kopernik” oglądając po drodze Warszawę. Ponieważ Stadion Narodowy jest niedostępny do zwiedzania, objeżdżamy go wokół. Oglądamy unoszący się w górze balon widokowy, z którego można oglądać stolicę, Most Świętokrzyski, po lewej Syrenę a po prawej pomnik M. Kopernika, który dzielił razem z Warszawą jej chwile dobre i złe. W CNK dostajemy kartę logowania i opaskę na rękę i wchodzimy zwiedzać. Na wstępie widzimy wahadło Foucaulta – dowód, że Ziemia obraca się wokół własnej osi. Stalowa

kula najcięższa w Europie waży 242 kg, zawieszona na linii 15 m wykonuje 33 tysiące wahań na miesiąc. Zgromadzone tu 450 różnorodnych eksponatów na 5 tys. metrów powierzchni. W sześciu galeriach tematycznych m.in. strefa światła, człowiek i środowisko, teatr robotniczy, park odkrywco, planetarium. Jest dużo zwiedzających, rodzice z dziećmi w różnym wieku, wszystkiego można dotknąć, położyć się na łożu fakira i sprawdzić, czy lepiej na piłkach czy gwoździach, zagrać na stole jak d-iej, przeżyć trzęsienie ziemi. Poznanie nauki – matematyki, biologii, chemii, fizyki, sztuki staje się zabawą, w której dzieci biorą czynny udział i to one oblegają stoiska. Ten wielogodzinny maraton dał się nam we znaki i chętnie odwiedzamy bar, by się pochrępić i odpocząć. O 17.30 wyjeżdżamy pełni wrażeń do Łodzi – jesteśmy o 19.30 przed ŁDK.

(...) w starych nutach  
stary śpiew jesień, leć  
liście z drzew



## ZAPROMUJ SIEBIE – ZAPROMUJ PIEŁĘGNIARSTWO



Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego  
i Koło Liderów Pielęgniarstwa przy Mazowieckim Oddziale PTP  
serdecznie zapraszają do udziału

w VIII Ogólnopolskim Konkursie  
„Pielęgniarka Roku 2012”

Celem Konkursu jest wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

Uczestnictwo w Konkursie jest dobrowolne.

Mogą w nim wziąć udział pielęgniarki zatrudnione w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Konkurs przeznaczony jest dla pielęgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem z wyłączeniem kadry kierowniczej.

Konkurs odbywać się będzie w trzech etapach według następującego harmonogramu:

1. I ETAP – wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ-ach do dn. 31.01.2013 r.
2. II ETAP – eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP dn. 01.03.2013 r. godz. 12.00
3. III ETAP – prezentacja własna (szczegóły Komunikat nr 2, strona [www.ptp.na1.pl](http://www.ptp.na1.pl))

Szanowne Koleżanki i Koledzy serdecznie zapraszamy do udziału w konkursie – warto spróbować, promujmy nasz zawód, pokażmy rozwój pielęgniarstwa.

Laureaci oprócz uznania, własnej satysfakcji otrzymują również Puchar przechodni dla swojego zakładu pracy.

Zarząd Oddziału PTP w Łodzi

kontakt: [ptp.lodz@gmail.com](mailto:ptp.lodz@gmail.com) sekretarz [ptp.lodz@o2.pl](mailto:ptp.lodz@o2.pl)

Pragnę złożyć wyrazy ogromnej wdzięczności **Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych** a w szczególności tak ciepłym, życzliwym, dobrym jak chleb, który podtrzymuje życie dla życia – paniom: mgr **Agnieszce Kałużnej** – przewodniczącej ORPiP – oraz pani **Krystynie Sawcenko** – specjalistce ds. merytoryczno-kancelaryjnych Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

składa pielęgniarka Zuzanna Rak-Habisiak

Podziękowanie dla mgr **Beaty Barwińskiej**

W związku z zakończeniem kursu specjalistycznego „Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego” dla pielęgniarek przeprowadzonym w okresie od 17.10.2012 r. do 26.11.2012 r. w Akademii Zdrowia, pragniemy podziękować za zaangażowanie w dzieleniu się wiedzą i doświadczeniem, życzliwość oraz rzetelność i profesjonalizm w trakcie realizacji zajęć.

grupa uczestniczących  
w kursie pielęgniarek/pielęgniarzy

Pragnę złożyć serdeczne podziękowania dla położnej oddziałowej – pani **Barbarze Kubiak** – oraz całego **zespołu lekarzy i położnych Oddziału Ginekologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu**, a w szczególności dr **Katarzynie Witkowskiej** i dr **Margaricie Kadziewicz** oraz **położnej Czesławie Lelewskiej** za profesjonalną, rzetelną i fachową pomoc, życzliwość oraz rodziną atmosferę, za cierpliwość, uśmiech w trudnych dla mnie dniach po zabiegu operacyjnym w dniu 9 maja 2012 r., a przede wszystkim za ogromne wsparcie i serce tak bardzo potrzebne w pokonaniu choroby. Jednocześnie życzę sukcesów zawodowych, osobistych, wszelkiej pomyślności, dużo zdrowia oraz wiary, że włożony trud nie pójdzie w zapomnienie.

wdzięczna pacjentka  
Elżbieta Czapliska

Dziękujemy bardzo **Pielęgniarkom Oddziału Ginekologicznego Szpitala im. Rydygiera** za wspaniałą opiekę, cierpliwość, życzliwość, profesjonalizm i zaangażowanie w wykonywaną pracę. Szczególne podziękowania chcemy przekazać Pani Oddziałowej – **Ninie Nolbrzak** – za niebywałe ciepło i serdeczność wobec wszystkich.

pacjentki  
Anna Janocha  
Danuta Grabarczyk





## Prezentujemy Państwu panią **Janinę Kraśnicką** – pielęgniarkę z zawodu, malarkę z zamiłowania, osobę o niebywałym talencie.

Pani Janina Kraśnicka maluje z wielkim zapałem, w jej obrazach widać autentyczną radość tworzenia. Pan profesor Ryszard Hunger określił obrazy pani Janiny jako żywiołowe malarstwo pełne emocji, jej obrazy nie pokazują tego, co widzi, ale to co chce by zobaczyli inni. Choć odwołuje się do tradycyjnych tematów, jak kwiaty i pejzaże, to nie stosuje tradycyjnego opisu. Pejzaże i kwiaty rodzą się z wewnętrznej potrzeby tworzenia i są odbiciem jej wewnętrznego światła.

Mottem pracy twórczej Janiny Kraśnickiej jest sentencja Pearlą s. Bucka: *Prawdziwą mądrością życia jest umiejętność odkrywania cudu w otaczającej nas codzienności.*

### Pielęgniarka

Pani Janina Kraśnicka z domu Strzałka urodziła się 15.08.1945 roku w Kazimierzowie w rodzinie rolniczej, jako najmłodsza z czworga rodzeństwa. Szkołę podstawową ukończyła w Dalikowie, a następnie Liceum Ogólnokształcące w Aleksandrowie Łódzkim, otrzymując świadectwo dojrzałości. Po ukończeniu LO zdecydowała się na dalsze kształcenie w zawodzie pielęgniarki, zawodzie który uważała za dający satysfakcję w życiu. Już w liceum pani Janina miała załóżki pracy pielęgniarskiej, ponieważ ukończyła kurs masowego szkolenia III stopnia, oraz uczestniczyła w zlotach drużyn sanitarnych PCK. Tytuł pielęgniarki dyplomowanej otrzymała 29.08.1966 roku po ukończeniu Dwuletniej Pomaturalnej Szkoły Pielęgniarstwa nr 1 w Łodzi przy ul. Ciołkowskiego. Pierwszą pracę podjęła w Klinicznym Szpitalu im. M. Curie-Skłodowskiej w Łodzi (ul. M. Curie-Skłodowskiej, przeniesiony później do Szpitala Madurowicza przy ul. Wileńskiej) na oddziale ginekologii zachowawczej. Następnie pracowała w Szpitalu im. Wł. Biegańskiego na oddziale chirurgii miętko-urazowej, a później ze względów rodzinnych w lecznictwie otwartym w Poradni Odwykowej Łódź-Bałuty. Praca pielęgniarki środowiskowej w rodzinach dotkniętych chorobą alkoholową ojca, syna, córki, matki, jak określa pani Janina, wymagała dużego zaangażowania uczuciowego i często tragedie rodzin pacjentów przeżywała jako własne. Po doświadczeniach w pracy w trudnym środowisku zdecydowała, że oświatę zdrowotną należy wprowadzać od najmłodszych lat. Dlatego w 1976 roku podjęła pracę w higienie szkolnej, mając pod opieką szkołę podstawową i dwa przedszkola a dwa lata później po skończonym kursie pielęgniarki środowiskowej przeniosła się do pracy w Poradni Rejonowej nr 3 przy ul.

Traktorowej 63. Z powodów rodzinnych i sytuacji materialnej współpracowała z mężem w zakładzie stolarskim. W 2003 roku pomimo już że była na emeryturze, wróciła do pracy w zawodzie. Po odbyciu przeszkolenia z powodu przerwy w wykonywaniu zawodu pracowała jeszcze w Zakładzie Chronionym Ziemia Obiecana w Łodzi na etacie pielęgniarki. Pani Janina ukończyła również w 2007 roku roczny kurs bioenergoterapii, a w 2010 r. oraz kurs szczybień organizowanym przez OIPIP w Łodzi.

### Malarka

Inspiracją w dziedzinie malarstwa była dla pani Janiny audycja telewizyjna o osobach niepełnosprawnych malujących ustami i stopami. Tworzenie obrazów tak odmienne stało się przyczynkiem do rozwinięcia talentu malarskiego, który posiadała od lat młodzieńczych. Pani Janina uczęszczała na Uniwersytet Trzeciego Wieku do sekcji plastyczno-malarskiej. Jak mówi, przez pięć lat intensywnie ćwiczyła technikę akwareli pod kierunkiem pani mgr Zofii Łobacz, technikę pastelów u pani mgr Marty Siedleckiej-Sidor, a później ukończyła kurs technik olejnych i akryli u mgr Barbary Dawid-Ciesielskiej. Uczestnictwo w plenerach malarskich prowadzonych przez prof. Ryszarda Hungera dawało jej ogromną satysfakcję z malowania. Pani Janina czerpie źródło natchnień z obserwacji przyrody a także z własnej rodziny, zwłaszcza wnucząt. Malarstwo dla mnie – jak twierdzi *podwyższyło jakość życia i dało nadzieję na lepsze jutro.* Obrazy pani Janiny Kraśnickiej są podziwiane przez profesjonalnych nauczycieli i widzów, czego dowodem jest jej udział w dwudziestu jeden wystawach indywidualnych, konkursach i otrzymane nagrody i wyróżnienia. Wiele wystaw indywidualnych prezentowała na ogólnopolskich i lokalnych konferencjach dla pielęgniarek i bioenergoterapeutów. Jako malarka otrzymała wiele nagród, wyróżnień i certyfikatów, m.in. w 2004 – medal Wielkiej Komandorii, 2005 – odznaka Honorowa Euralegia, 2008 – odznaka Pierścień Halera, 2011 – odznaka Lwicy Morskiej i Izby Cechu w Łodzi oraz certyfikaty za namalowanie patrona Gimnazjum nr 19 w Łodzi gen. Mariusza Zaruskiego, dyplom – Honorową godność mistrza twórczości marynistycznej oraz wiele innych. Jak twierdzi *bardzo cenne i ważne są dla mnie opinie widzów z wystaw zamieszczone w mojej kronice.* W malarstwie pani Janiny można zauważyć wrażliwość, uczucie i pomoc dla drugiego człowieka, cechy które charakteryzują pielęgniarkę, bo artystka nigdy nie przestała być pielęgniarką. Największym marzeniem jest dla pani Janiny założenie własnej galerii dla swoich obrazów. (J.G.)