

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

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

mgr Joanna Gąsiorowska
dyżuruje we wtorki w godz. 16.00 – 18.00
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 315

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

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

DZIAŁ PRAWNY 3

TEMAT MIESIĄCA 6

PRAKTYKA ZAWODOWA 8

SZKOLENIA, KURSY,
KONFERENCJE 18

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 21

PODZIĘKOWANIA 24

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



Szanowne Koleżanki i Koledzy

Bogactwem talentu należy się dzielić, tak aby środowisko pielęgniarek i położnych miało okazję poznać jego wyjątkowość.

Minął rok VI kadencji. To dużo i mało zarazem. Mało – namiastka, gdy wiemy, że nasze zawody towarzyszą ludziom od wieków. Dużo – jeśli za miarę weźmiemy ostatnie tempo przemian we wszystkich dziedzinach działalności człowieka, a w szczególności w ochronie zdrowia, w których zawsze będzie towarzyszyć pielęgniarka i położna. Dlatego w systemie ochrony zdrowia jednym z najważniejszych zadań państwa polskiego powinna być dbałość o jak najlepszą pozycję naszych zawodów, gdyż na nich spoczywa głównie odpowiedzialność za bezpieczeństwo pacjentów. Zadanie to będzie realizowane wówczas gdy liczba pielęgniarek i położnych okaże się adekwatna do liczby i potrzeb zdrowotnych naszego społeczeństwa. Jednak nie w taki sposób, jak zostało to zapisane w opublikowanym w Dz. U. Nr 112 poz. 654 rozporządzeniu MZ z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami. Rozporządzenie w takiej formie jest nie do przyjęcia i wywołało ogólną krytykę naszego środowiska pielęgniarek i położnych. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w swoim oświadczeniu wyraziła dezaprobatę zawartych w dokumencie treści, które w rażący sposób odbiegały od przedstawionych projektów zaaopiniowanych po konsultacjach społecznych. Takie działania nie sprzyjają stabilizacji zawodowej i nie przyczyniają się do poprawy jej funkcjonowania.

Kończy się zima. Wiosenna pora roku to nowe plany nadzieja i oczekiwania. To kolejny etap naszego życia, wyznaczany przez kolejne pory roku. Po drodze Święta Wielkiej Nocy. Święta, które z jednej strony są tradycją a z drugiej symbolizują zmartwychwstałego Chrystusa. Na ten czas refleksji połączone z wspólnym bytowaniem w gronie rodzinnym życząc radości płynącej z życia oraz wiosennej nadziei (w teraźniejszości i przyszłości).

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
mgr Agnieszka Kałużna

Z prac Okręgowej Rady

Prezydium ORPiP w dniu 23 stycznia 2013 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 7 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wydano nowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyki zawodowe pielęgniarek i 1 specjalistyczną praktykę zawodową 1 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano zmiany we wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyki zawodowe pielęgniarek.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: konferencji – 7 osobom, szkoleniu specjali-

zacyjnym – 8 osobom, kursie kwalifikacyjnym – 8 osobom, kursie specjalistycznym – 7 osobom, 2 osobom odmówiono przyznania dofinansowania, ze względów regulaminowych – wniosku złożone po terminie.

▶ Przyznano 5 pomocy finansowych – zapomogi w wysokości: 1 × 2800 zł, 1 × 2000 zł i 3 × 1500 zł oraz odmówiono 1 osobie przyznania pomocy, ze względów regulaminowych – brak sytuacji losowej.

▶ Zatwierdzono:

- sfinansowanie 3 przedstawicielom organu OSPiP w Łodzi udział w Konferencji naukowej „Pielęgniarstwo: prawo – praktyka – etyka” w Warszawie, w terminie 15–17.04.2013 r.,
- kadre dydaktyczną dla 2 kursów kwalifikacyjnych i 3 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi na terenie zakładów w: Tuszynie i Łodzi,
- skład osobowy komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla 2 kursów specjalistycznych organizowanych na terenie zakładu w Wieluniu,
- honoraria dla 5 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP Nr 1/2013.

▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do:

- 4 komisji kwalifikacyjnych i 7 egzaminacyjnych u 2 organizatorów kształcenia: „Akademia Zdrowia” i „Oświata” odbywających się w: Łodzi, Bełchatowie i Radomsku.
- 2 komisji konkursowych na stanowiska kierownicze – pielęgniarek oddziałowych w WSSz im. Wł. Biegańskiego w Łodzi.

oprac. mgr Maria Kowalczyk – sekretarz ORPiP

Niebieskie Karty. Obowiązki i zadania personelu medycznego w kontekście znowelizowanej ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

dr n. med. AGNIESZKA KOTARBA

Dnia 1 sierpnia 2010 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 125, poz. 842, dalej „nowelizacja”).

Najważniejszymi celami przyjętej nowelizacji są:

- interdyscyplinarne i zintegrowane podejście do przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- rozwój profilaktyki jako formy działań zapobiegających zjawisku przemocy w rodzinie
- zmiana świadomości społeczeństwa
- skuteczna ochrona ofiar przemocy, w tym w szczególności dzieci
- stworzenie mechanizmów ułatwiających izolację sprawców od ofiar.

Gminy i zespoły interdyscyplinarne

Zgodnie z nowelizacją, na gminę nałożono nowe obowiązki związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie oraz ochroną jej ofiar. Wprowadzony został obowiązek tworzenia w każdej gminie zespołów interdyscyplinarnych, złożonych z przedstawicieli służb zajmujących się przeciwdziałaniem przemocy. Zespół powoływany jest przez wójta, burmistrza albo prezydenta miasta. Jego zadaniem jest integrowanie i koordynowanie działań służb zajmujących się przeciwdziałaniem przemocy oraz specjalistów z tego zakresu. Gminne zespoły interdyscyplinarne powołują grupy robocze do prowadzenia spraw konkretnych rodzin. Poza tym gminy zostały zobowiązane do zapewnienia osobom krzywdzonym bezpiecznego schronienia oraz udzielenia pomocy w uzyskaniu mieszkania. Nie oznacza to, że gminy mają automatycznie „dać mieszkanie” ofierze przemocy. Intencja przepisu jest taka, by urzędnicy zrozumieli, że ofiara przemocy nie może pozostawać pod jednym dachem ze sprawcą i gmina ma uczynić wszystko, by pomóc jej w takiej sytuacji.

Niebieskie Karty – procedura

Jedną z najistotniejszych zmian, które wdraża ustawa jest interdyscyplinarne podejście do problemu, nowelizacja

rozszerza stosowanie procedury Niebieskich Kart na służby „pierwszego kontaktu”. Stąd poza Policją i Pomocą Społeczną, do stosowania podobnych procedur zostają zobowiązane: placówki ochrony zdrowia, oświaty i gminne komisje ds. rozwiązywania problemów alkoholowych. Wszystkie ww. podmioty mają za zadanie podejmować interwencje w przypadku podejrzenia przemocy w rodzinie, współpracować ze sobą, działać z urzędu i w imieniu prawa oraz włączać się w pracę zespołów interdyscyplinarnych. Docenienie roli nie tylko lekarzy, ale również pielęgniarek, położnych, czy ratowników medycznych w identyfikacji zjawiska, podejmowaniu interwencji i działaniach profilaktycznych jest niezwykle ważne dla dalszego rozwoju systemowych rozwiązań.

Procedurę „Niebieskie Karty” oraz wzory formularzy „Niebieska Karta” określa rozporządzenie Rady Ministrów dnia 13 września 2011 r. Rozporządzenie precyzuje sposób postępowania służb – od momentu zgłoszenia zdarzenia, poprzez działania ukierunkowane na pomoc osobie dotkniętej przemocą w rodzinie, działania skierowane na osobę stosującą przemoc, a także sposób monitorowania sytuacji rodziny.

Uruchomienie procedury następuje wtedy, kiedy osoba w toku prowadzonych czynności służbowych/ zawodowych ma podejrzenie występowania przemocy w rodzinie lub takiego zgłoszenia dokonał członek rodziny ewentualnie świadek przemocy w rodzinie. Warto podkreślić, że samo wszczęcie procedury zgodnie z „duchem” nowelizacji powinno nastąpić w sytuacji w której jedynie zaistniało podejrzenie stosowania przemocy. Dalsze prowadzenie procedury i tak wymaga, żeby „przypuszczenie” zostało uzasadnione.

Procedurę rozpoczyna wypełnienie formularza „NK-A” przez przedstawiciela tej służby (Pomoc Społeczna, Gminna Komisja RPA, Policja, Oświata, Ochrona Zdrowia), która „pierwsza” dowiedziała się o przemoc.

Niebieskie Karty – obowiązki i zadania personelu medycznego

Przedstawicielem ochrony zdrowia ustawowo zobowiązanym do uruchomienia procedury NK jest osoba wykonująca zawód medyczny w tym lekarz, pielęgniarka, położna i ratownik medyczny. Wypełnienie formularza „NK-A” powinno nastąpić w obecności osoby, co do której istnieje podejrzenie, że została dotknięta przemocą w rodzinie – gdy niewykonalne – bez udziału tej osoby.

Należy podkreślić, że do wszczęcia procedury nie jest wymagana zgoda „ofiary” przemocy. Na zakończenie podjętej interwencji formularz „NK – B” należy przekazać osobie, która doznaje przemocy w rodzinie. Natomiast oryginał formularza „NK-A” przekazuje się przewodniczącemu zespołu interdyscyplinarnego, nie później, niż w terminie 7 dni od dnia wszczęcia procedury (kopia pozostaje u wszczynającego procedurę). Po przekazaniu dokumentów, zostaje podjęta decyzja co do form pomocy i pracy specjalistów bezpośrednio z określoną rodziną. Zakończenie „całej” procedury następuje w przypadku zrealizowania indywidualnego planu pomocy i ustania przemocy w rodzinie albo rozstrzygnięcia o braku zasadności podejmowania działań. O zakończeniu procedury powiadamia się podmioty uczestniczące w procedurze.

Warto podkreślić, że zgodnie z przepisami w ramach procedury NK przedstawiciel ochrony zdrowia:

1. Dokonuje wstępnej diagnozy sytuacji.
2. Udziela kompleksowych informacji o możliwościach uzyskania pomocy i wsparcia w tym o uprawnieniu do uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie. Do przeprowadzenia tego rodzaju badania uprawniony jest lekarz pierwszego kontaktu. (Możliwość wykonania nieodpłatnego badania lekarskiego oraz bezpłatnego uzyskania stosownego zaświadczenia stanowi istotne rozszerzenie form pomocy udzielanej ofiarom przemocy w rodzinie).
3. Jeżeli stan zdrowia osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, wymaga przewiezienia jej do podmiotu leczniczego, formularz „NK-A” wypełnia przedstawiciel podmiotu leczniczego, do którego osoba ta została przewieziona.

4. W przypadku bezpośredniego zagrożenia życia, zdrowia, bezpieczeństwa osoby doznającej przemocy w rodzinie pracownik ochrony zdrowia powinien wezwać policję.

5. Po ujawnieniu przemocy lub powzięciu podejrzenia o przemocę w rodzinie pracownik ochrony zdrowia powinien:

- umieścić w dokumentacji pacjenta wpis o objawach przemocy (ten rodzaj dokumentacji przechowuje się w placówce),
- przekazać informację o przemocy przełożonemu.

6. Pracownik ochrony zdrowia powinien zgłosić na Policję lub do Prokuratury Rejonowej podejrzenie o popełnieniu przestępstwa względem osoby, co do której istnieje uzasadnione podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie. (Najlepiej jest, jeżeli takiego zawiadomienia dokonuje dyrektor placówki, której pracownik, wykonując czynności zawodowe, powziął podejrzenie popełnienia przestępstwa przemocy w rodzinie).

7. Ponadto przedstawiciele ochrony zdrowia wchodzić w skład zespołu interdyscyplinarnego powołanego przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta, a także tworzonych przez zespół grup roboczych.

dr n.med. Agnieszka Kotarba
Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie
Katedry Nauczania Pielęgniarstwa UM, Łódź

Bibliografia:

1. Informacja o skutkach Obowiązki ustawy z dnia 10 czerwca 2010 r. dostępny w World Wide Web, http://www.niebieska.pl/attachments/article/4119/informacja_ustawa_przeciwdzialanie_przemocy, dostęp listopad 2011 r.
2. Majewska E: Przemoc wobec kobiet w Rodzinie i relacjach intymnych. Podstawowe informacje. Warszawa, Amnesty International Sekcja Polska, 2005.
3. Ustawa z dnia 10 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw - Dz. U. 2010 nr 125 poz. 842.
4. Przemoc i konflikty w domu – komunikat z badań, luty 2005 przeprowadzony przez CBOS, dostępny w World Wide Web, http://www.cbos.pl/SPISKOM.PL/2005/k_027_05.PDF, dostęp listopad 2005 r.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie – Dz. U. 2010 nr 201 poz. 13346.
6. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” - Dz.U.2011 nr 209. poz. 1245.

Pismo skierowane do Pana Bartosza Arłukowicza
Ministra Zdrowia w sprawie nowelizacji Rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie
sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia
pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych
niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545).

Warszawa, 16 stycznia 2013 r.

Pan Bartosz Arłukowicz – Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych apeluję o pilną nowelizację Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545). Uprzejmie proszę o wskazanie przyczyn, dla których treść wydanego przez Pana Ministra rozporządzenia znacząco odbiega od projektu z dnia 18 października 2012 roku przekazanego do konsultacji społecznych. Tego rodzaju sytuacja stawia pod znakiem zapytania zgodność rozporządzenia z niekwestionowaną na gruncie art. 2 Konstytucji RP zasadą poprawnej legislacji. Wydaje się także, iż tego rodzaju postępowanie pozostaje w opozycji do treści art. 7 ust. 4 pkt 3 Ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (tj.: Dz. U. z 2012 r. poz. 392). Stosownie do dyrektyw wypływających ze wspomnianego przepisu, Członek Rady Ministrów, realizując politykę ustaloną przez Radę Ministrów, zobligowany jest do współdziałania z przedstawicielstwami środowisk zawodowych, a takim jest przecież samorząd pielęgniarek i położnych. W treści art. 50 ust. 2 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.), minister właściwy do spraw zdrowia zyskał uprawnienie do określenia w drodze rozporządzenia, sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Zgodnie ze wspomnianym przepisem uczynić to może po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji zawodowych. Należy tu podkreślić, że celem tego rozporządzenia ma być zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych. Nie może budzić wątpliwości, że pojęcie „właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych” korespondować musi z wyrażonymi w treści art. 68 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji RP, zasadami powszechnego dostępu do ochrony zdrowia oraz dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Cytowane przepisy stanowią, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1) oraz że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 2). Tymczasem, wdrożenie przepisów rozporządzenia w obecnym kształcie doprowadzić może do ograniczania liczby pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych. Wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w polskich szpitalach są znacząco niższe od wskaźników w innych krajach europejskich.

Należy również podkreślić, iż Rozporządzenie w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych powinno być gwarantem nie tylko jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych, ale także zapewniać bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz bezpieczeństwo pracy pielęgniarek i położnych. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie informowała Pana Ministra o nieprawidłowościach, związanych z ustalaniem obsad pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych, stosowanych praktykach dyżuru jednoosobowego w niektórych szpitalach lub znacznym ograniczaniu stanu zatrudnienia na jednej zmianie. Ponadto, treść rozporządzenia poza marginesem swojego zainteresowania pozostawia wyniki prac Zespołu do Spraw Opracowania Sposobu Ustalania Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej, powołanego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2009 roku (Dz. Urz. MZ. 09.06.33). Rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami w omawianym brzmieniu, zatem nie tylko nie poprawi warunków pracy pielęgniarek i położnych, ale przede wszystkim będzie miało negatywny wpływ na dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co w konsekwencji prowadzi do naruszenia art. 68 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji RP. W tym stanie rzeczy Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych domaga się przywrócenia następujących zapisów przedmiotowego rozporządzenia zgodnie, z którymi:

- obsada pielęgniarek i położnych w oddziale lub innych komórkach organizacyjnych o tym samym profilu nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianie;
- do minimalnych norm zatrudnienia nie wlicza się kadry kierowniczej pielęgniarskiej i położniczej;
- przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w przedsiębiorstwie, w którym wykonywane są stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne lub inne niż szpitalne, w oddziałach o poszczególnych profilach, przyjmuje się średni czas świadczeń pielęgniarskich odpowiedni do kategorii opieki, zgodnie z propozycją zawartą w § 2 projektu z dnia 18 października 2012 roku;
- w bloku operacyjnym na jeden czynny stół operacyjny (jednego operowanego pacjenta), świadczenia lecznicze powinna wykonywać co najmniej jedna pielęgniarka albo położna operacyjna i jedna pielęgniarka albo położna asystująca pielęgniarcie albo położnej operacyjnej.

Szanowny Panie Ministrze, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec treści nowo wydanego rozporządzenia w obecnym brzmieniu i wnosi o uwzględnienie powyższych uwag w dalszej pracy kierowanego przez Pana Urzędu. Ponadto, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje na konieczność nowelizacji innych aktów prawnych warunkujących prawidłowe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej niezależnie od źródeł i form finansowania.

źródło: www.izbapiel.org.pl

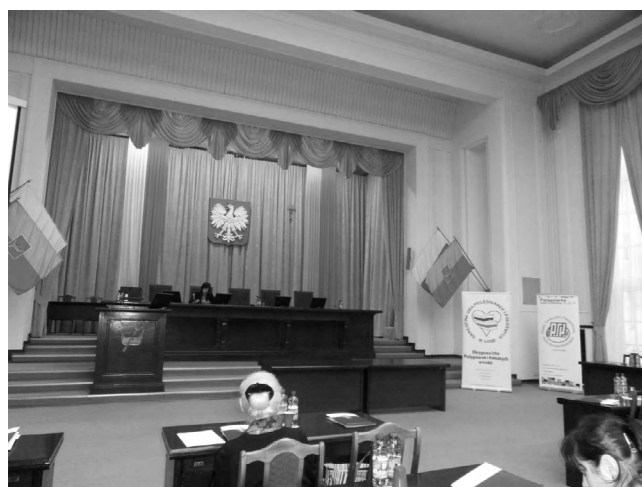
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

"Aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w świetle aktualnych zmian legislacyjnych w ochronie zdrowia"

Sprawozdanie z konferencji

W dniu 1 lutego 2013 r. w Dużej Sali obrad Urzędu miasta Łodzi odbyła się konferencja zorganizowana przez naszą OIPiP w współpracy z łódzkim oddziałem PTP na temat aspektów prawnych wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w świetle aktualnych zmian legislacyjnych w ochronie zdrowia. Gospodarzem spotkania była Komisja kształcenia, promocji i rozwoju zawodu działająca przy naszej Okręgowej Izbie. Konferencja cieszyła się ogromnym zainteresowaniem naszych łódzkich pielęgniarek i położnych, obecnych było około 190 osób. Swoją obecnością zaszczylili nas również zaproszeni goście, w imieniu władz miasta p. dyrektor Departamentu Spraw społecznych UMŁ Luiza Staszczak-Gąsiorok, Prezes NRPiP dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk, mgr Agnieszka Renn-Żurek Prodziekana ds. ogólnych kierunku pielęgniarstwa, p. Zdzisław Bujas Przewodniczący OZZPIP Regionu Łódzkiego. Gości i uczestników konferencji powitała Przewodnicząca ORPiP w Łodzi p. mgr Agnieszka Kałużna podkreślając wagę tematyki spotkania dla naszych grup zawodowych w dobie obecnej sytuacji w ochronie zdrowia. Z ramienia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego głos zabrała p. mgr Janina Żurawska. Uczestników spotkania w imieniu władz miasta przywitała dyrektor Departamentu Spraw Społecznych UMŁ Luiza Staszczak-Gąsiorok, która przeczytała list od p. Prezydent Hanny Zdanowskiej

Konferencja przebiegała w dwóch panelach: panel I – Aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarek



i położnych i panel II – Pielęgniarka funkcjonariusz publiczny – korzyści i zagrożenia wynikające ze statusu funkcjonariusza publicznego.

Pierwsza część konferencji zawierała tematy dotyczące zagadnień wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. Prezes NRPiP dr n. med. G. Rogala-Pawelczyk omówiła wpływ polityki zdrowotnej na praktykę pielęgniarki i położnej w świetle naszych obowiązków i odpowiedzialności.

Drugim tematem który przedstawiła mgr Wiesława Jędrzychowska były formy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Temat obecnie budzący wiele kontrowersji w dobie zmian przekształceń placówek ochrony zdrowia i zatrudniania naszych koleżanek na kontraktach. Koleżanka Przewodnicząca komisji przedstawiła różnicę między umową o pracę a umową cywilno-prawną.

Następnie głos zabrał dr n. med. mgr prawa Paweł Ratajczyk przedstawiając temat „Konsekwencje prawne pracy pielęgniarki w świetle najczęstszych roszczeń pacjentów”. Prelegent mówił na temat zarządzania ryzykiem, odpowiedzialności nie tylko personalnej ale i organizacyjnej, bezpieczeństwie pacjentów. Podkreślił, że rośnie liczba pozwów o odszkodowania ze strony pacjentów, że 32% roszczeń dotyczy zakażeń szpitalnych, że bardzo ważne są zapisane procedury postępowania. Wystąpienie to wzbudziło wśród uczestników głos w dyskusji, i kontrowersje zwłaszcza na temat dożylnych terapii i przygotowania i podawania leków.

Następne dwa wykłady dotyczyły tematów: „Ochrona ubezpieczeniowa w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej” oraz „Działalność lecznicza pielęgniarki i położnej a roszczenia cywilno-prawne pacjentów i najbliższych członków ich rodzin” przedstawionych przez przedstawicieli firmy Meridian S.A. Prelegenci podkreślali wagę i staranność prowadzenia dokumentacji medycznej, zwłaszcza raportów pielęgniarskich, to co nie zapisane może oznaczać, że dana czynność została nie wykonana. Najczęstsze roszczenia dotyczące pielęgniarek to zakażenia np. HCV, brak nadzoru nad pacjentem i jego bezpieczeństwo (np. pacjenci psychiatryczni), niewłaściwa opieka co prowadzi do postawiania odleżyn, „pomyłki” w szerokim brzmieniu tego słowa. Prelegenci przedstawili również przykłady roszczeń z jakimi występują pacjenci ich opiekunowie



czy rodziny po śmierci poszkodowanego. Roszczenia te mogą mieć charakter zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, zadośćuczynienie za doznaną krzywdę w razie naruszenia dobra osobistego, zwrot wszelkich kosztów, zwłaszcza kosztów leczenia, utraconych dochodów, renta.

Tematem drugiego panelu były „Korzyści i zagrożenia wynikające ze statusu funkcjonariusza publicznego”, moderatorem była mgr Katarzyna Babska (Koło PTP), która w prezentacji „Pielęgniarka jako funkcjonariusz



publiczny” przedstawiła przepisy prawne wynikające z ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z 2011 roku, dotyczące rozszerzenia przywileju nadania pielęgniarkom i położnym szczególnej ochrony danej funkcjonariuszowi publicznemu, w ramach nie tylko jak dotychczas umowy o pracę na zasadach stosunku służbowego, ale także umowy cywilnoprawnej i wolontariatu. Zaprezentowała czynności zawodowe pielęgniarki i położnej objęte i nie objęta ochroną.

Bardzo ciekawie na ten temat wypowiadała się Podkomisarz Justyna Kowalska z Komendy Wojewódzkiej Policji w Łodzi swoje wystąpienie zatytułowała „Funkcjonariusz publiczny oczami policjanta”. Prezentacja przedstawiała pojęcie funkcjonariusza publicznego w rozumieniu kodeksu karnego, prawno-karną ochronę pielęgniarki wynikającą z ochrony, jaka przysługuje funkcjonariuszowi publicznemu. Z wypowiedzi tej wynikało, że pielęgniarkom pracującym bezpośrednio z pacjentami, przysługują prawa takie same, jak funkcjonariuszom publicznym, lecz tylko w sytuacjach wykonywania określonych czynności zawodowych (świadczania pielęgniarskie wg ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej).

W dalszej części o odpowiedzialności zawodowej mówiła Irena Król – Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej OIPiP w Łodzi. Prezentacja przedstawiała znaczenie wizerunku pielęgniarek i położnych, ich postawy a także świadomość odpowiedzialności zawodowej mającej wpływ na kształtowanie właściwych relacji z pacjentami.

Zupełnie inny aspekt relacji pielęgniarek z pacjentami przedstawiła Koleżanka z Koła PTP w swojej prezentacji „Wsparcie społeczne w sytuacji agresji wobec pielęgniarki”. Prezentacja podejmowała problem skutków agresywnych postaw pacjentów, opisując autentyczne przypadki oraz dalsze losy pielęgniarek poszkodowanych w kontekście otrzymania lub nie – wsparcia od pracodawcy i współpracowników.

O „Zdarzeniach medycznych w świetle aktualnych przepisów prawa” mówiła mgr Agnieszka Nowak (Koło PTP, Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Łodzi). Prezentacja podejmowała problem „zdarzenia medycznego” w kontekście ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Określała, na jakim podstawie działają komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Jak można skategoryzować błędy pielęgniarskie, jakie są najczęstsze nasze błędy.

Z kolei perspektywę relacji pacjent – pielęgniarka przedstawił Andrzej Wojnarowski ze Stowarzyszenia Pacjentów HEPA – HELP w Łodzi. Analizował problem „relacji pielęgniarka – pacjent” widziany oczami pacjentów. Prezentacja rozpatrywała dwa ważne momenty w życiu chorego człowieka, który jest hospitalizowany. Pierwszy, to przyjęcie w izbie przyjęć, drugi, to pobyt na oddziale.

Bardzo ciekawe i ważne dla naszej pracy było zakończenie w formie posumowania mgr Katarzyny Babskiej, która w kilku zdaniach zawarła ważne przesłania dla pielęgniarek i położnych, oto kilka z nich:

- ✓ **Wyjaśniaj – uświadamiaj – nagłaśniaj – wspieraj. Ochrona pielęgniarki przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych wymaga odpowiedniego marketingu – dla wzrostu świadomości pacjentów.**
- ✓ **Zainwestuj w swój wizerunek. Wzmacniaj świadomość swojej odpowiedzialności. Kto stoi w miejscu zostaje w tyle.**
- ✓ **Dzielenie się własnymi doświadczeniami i zawodowy profesjonalizm pomaga znaleźć najlepsze wyjście a także zapobiegać problemom zawodowym.**
- ✓ **Niepożądane zdarzenie medyczne jest nieszczęściem dla pacjenta i porażką dla ciebie. Wymagaj od siebie szczególnej staranności, dokładności. Przewiduj.**
- ✓ **Nachyl się, aby usłyszeć. Współpracuj ze mną jak partner a nie jak fachowiec, który zawsze wie lepiej. Nie jestem twoim wrogiem, gdy uświadamiam sobie swoje prawa.**

Miejmy nadzieję, że konferencja wniosła wiele dobrego dla naszego środowiska i dała do przemyśleń wiele poruszanych problemów zawodowych. Organizatorzy serdecznie dziękują wszystkim uczestnikom spotkania a także sponsorom konferencji. (J.G.)

Problem spastyczności w schorzeniach centralnego neuronu ruchowego

JANINA WŁODARCZYK, IZABELA KAMELA-MICHALAK, ELŻBIETA MILLER

Spastyczność to wzrost napięcia mięśniowego wynikający z uszkodzenia centralnego neuronu ruchowego. Objaw spastyczności jest charakterystyczny dla chorób ośrodkowego układu nerwowego (OUN), tj.: udaru mózgu, stwardnienia rozsianego, mózgowego porażenia dziecięcego i wielu innych.

Artykuł ten ma na celu przybliżyć temat spastyczności przedstawiając zarówno pozytywny jak i negatywny wpływ wzrostu napięcia mięśniowego na stan neurologiczny chorego.

W pracy przedstawiono czynniki mające wpływ na wzrost i obniżenie napięcia mięśniowego, następstwa spastyczności ze zwróceniem szczególnej uwagi na problemy pielęgnacyjne chorego z niedowładem spastycznym oraz możliwości zmniejszenia negatywnych skutków wzmożonego napięcia mięśniowego. Ponadto praca zawiera podstawy patomechanizmu powstawania spastyczności oraz sposoby leczenia z uwzględnieniem praktycznych metod terapii ułożeniowej, do zastosowania nie tylko przez personel pielęgniarstwa, lecz również chorego lub jego rodzinę/opiekuna.

Wstęp

Spastyczność jako jeden z objawów uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN) jest istotnym problemem utrudniającym choremu funkcjonowanie, a niewłaściwie leczona może być powodem powikłań będących przyczyną całkowitej zależności pacjenta od otoczenia. Do uszkodzenia centralnego neuronu ruchowego może dojść na poziomie mózgu lub rdzenia z przyczyn naczyniowych, urazowych, w następstwie toczących się procesów zapalnych, demielinizacyjnych, zwyrodnieniowych, nowotworowych.

Najczęstszymi przykładami jednostek chorobowych, których w obrazie klinicznym występuje spastyczność to udary niedokrwienne i krwotoczne mózgu, urazy czaszkowo-mózgowe, stwardnienie rozsiane, urazy kręgosłupa z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, mózgowo-porażenie dziecięce. Chorzy tacy wymagają oprócz leczenia wzmożonej opieki pielęgniarstwa. Dlatego interdyscyplinarne podejście do spastyczności wydaje się obecnie najważniejszym, które może poprawić jakość życia pacjentów.

Definicja

Definicję spastyczności w 1980 r. sformułował Lance i współpracownicy, podając że jest to „motoryczne zaburzenie charakteryzujące się szybkim wzrostem napięcia tonicznego mięśni ze wzmożeniem odruchów ścięgnistych, wynikające z nadpobudliwości odruchu rozciągowego, jako jeden z komponentów zespołu górnego motoneuronu”.

Dochodzi do zachwiania równowagi między funkcją hamującą i torującą pnia mózgu, co powoduje wzmożenie napięcia mięśniowego. Uszkodzenie mózgu daje zazwyczaj obraz spastycznego niedowładu połowicznego w wyniku nadczynności motoneuronów obwodowych alfa.

W przypadku uszkodzenia rdzenia spastyczne niedowłady dotyczą kończyn dolnych na skutek nadczynności motoneuronów obwodowych gamma. Mięśnie spastyczne charakteryzuje elastyczny opór przeciw wydłużaniu i rozciąganiu.

Nasilenie spastyczności najczęściej ocenia się przy pomocy Zmodyfikowanej Skali Ashworth'a. Jest to sześciostopniowa skala opisująca napięcie mięśniowe, gdzie:

0 – napięcie prawidłowe lub obniżone,

1 – nieznaczny wzrost napięcia mięśnia występujący przy chwytaniu i uwalnianiu lub objawiający się minimalnym oporem w końcowej fazie ruchu zginania i prostowania,

1+ – nieznaczny wzrost napięcia mięśnia przy chwytaniu i uwalnianiu oraz występujący w drugiej połowie zakresu ruchu w stawie,

2 – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśnia przez większą część zakresu ruchu w stawie, ale dotknięta część kończyny daje się łatwo poruszać,

3 – wyraźny wzrost napięcia mięśnia, ruch bierny trudny do wykonania,

4 – dotknięta część (części) kończyny sztywna w zgięciu czy w wyproście.

Czynniki wpływające na obniżenie i zwiększenie napięcia mięśniowego

Rodzaj, nasilenie oraz wzorzec spastyczności zależny jest między innymi od lokalizacji i rozległości uszkodzenia OUN. Wyróżniamy spastyczność miejscową i uogólnioną.

W początkowym okresie ma ona charakter funkcjonalny, a nieleczona lub źle leczona może spowodować całkowite usztywnienie w stawach kończyny objętej spastycznością. Wyodrębniono wiele czynników, które wpływają na obniżenie oraz zwiększenie napięcia mięśniowego. Znajomość ich jest niezbędna dla prawidłowego leczenia, pielęgnacji i opieki nad pacjentem ze spastycznością. Wiedza ta powinna być w sposób zrozumiały przekazana rodzinie chorego jak i jemu samemu, aby w czynnościach życia codziennego mógł uniknąć wzmożonego napięcia mięśniowego, a co za tym idzie również dolegliwości bólowych.

Czynniki obniżające napięcie mięśniowe:

- dostatecznie duża powierzchnia podparcia ciała,
- stabilna pozycja ciała,
- ruchy wykonywane w powolny sposób,
- brak dolegliwości bólowych,
- optymalne ciśnienie tętnicze krwi,
- odpowiednia ilość snu,
- cisza, odpowiednie oświetlenie i temperatura pomieszczenia.

Czynniki zwiększające napięcie mięśniowe:

- ograniczenie powierzchni podparcia ciała,
- nieustabilizowana pozycja ciała,
- ruchy wykonywane szybko,
- dolegliwości bólowe,
- brak snu,
- zaparcia lub zbyt duże wypełnienie pęcherza moczowego,
- gorączka,
- infekcja.

Zarówno kończyna górna jak i dolna na skutek spastyczności układu się w charakterystycznym wzorcu. W przypadku spastycznego niedowładu połowicznego u chorego po udarze mózgu kończyna górna jest przywiedzona w stawie barkowym, zgięta w stawie łokciowym, przedramię w nawróceniu, nadgarstek i palce oraz kciuk w zgięciu. Kończyna dolna natomiast jest zwykle ustawiona w rotacji zewnętrznej w stawie biodrowym, a stopa zgięta podeszwowo jest w supinacji (odwróceniu).

Następstwa spastyczności

Niedostatecznie odżywiony mięsień adaptuje się do zaistniałej sytuacji – spastyczności – ulegając atrofii, a następnie przykurczom. Unieruchomienie mięśnia w pozycji skróconej doprowadza stopniowo do zmniejszenia liczby sarkomerów. Jednocześnie w stawie na skutek ograniczenia ruchów dochodzi do przykurczu torebki stawowej, zaburzenia gry stawowej, a w konsekwencji do stanu

zapalnego. Negatywny wpływ spastyczności również na nerwy obwodowe wymaga stosowania neuromobilizacji, aby ruchy wykonywane przez pacjenta były bezbolesne. W wyniku znacznego nasilenia spastyczności z powodu rodzaju uszkodzenia OUN, braku lub nieprawidłowego jej leczenia dochodzi do zaników mięśniowych, deformacji stawów, pojawiają się dolegliwości bólowe ograniczające dodatkowo ruch chorych kończyn. Zaburzenia postawy związane z niesymetrycznym rozkładem napięcia mięśniowego ograniczają możliwości prawidłowej lokomocji ze względu na przesunięcie środka ciężkości i związanych z tym zaburzeń równowagi i koordynacji ruchowej.

W następstwie dużej spastyczności, uniemożliwiającej wykonanie ruchu biernego w stawie, w przypadku kończyny górnej występuje problem z samoobsługą, w kończynie dolnej brak jest możliwości pionizacji i nauki poruszania się. Dodatkowo na skutek utrwalonych zmian w stawach, mięśniach i nerwach obwodowych oraz związanych z tym zaburzeń w krążeniu krwi i limfy dochodzi do pojawiania się dolegliwości bólowych na początku związanych ze skurczami mięśni, które następnie przekształcają się w ból stały. Utrudnia to znacznie leczenie usprawniające i pielęgnację chorego, odbierając mu możliwości powrotu do zdrowia i prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie.

Trudności w pielęgnacji chorego z niedowładem spastycznym

Czynności pielęgnacyjne u chorego z niedowładem spastycznym są bardziej czasochłonne ze względu na ograniczenia zakresu ruchów w kończynach oraz towarzyszący temu często ból. Biorąc pod uwagę całokształt obrazu klinicznego chorego przedstawiony powyżej oraz czynniki nasilające spastyczność, opieka nad takim chorem wymaga od personelu pielęgniarstwa zarówno większej wiedzy co do sposobu zmiany pozycji pacjenta,

jak i cierpliwości. Prawidłowa pielęgnacja ma decydujący wpływ na stan chorego i dalszy przebieg rehabilitacji. Dlatego opieka nad takim pacjentem wymaga ścisłej współpracy lekarza, pielęgniarki, psychologa, rodziny oraz samego chorego, co warunkuje lepsze wyniki leczenia.

Fizjoterapia w leczeniu spastyczności, ze szczególnym uwzględnieniem roli terapii ułożeniowej

Powstało wiele metod leczenia spastyczności. Związane jest to różnorodnością wzorców spastyczności oraz jej nasilenia w uszkodzeniu OUN, jak i ograniczoną skutecznością poszczególnych metod. Zaliczamy do nich:

- rehabilitację (kinezyterapia, fizykoterapia, zaopatrzenie ortopedyczne)
- farmakoterapię (leki doustne np. Baclofen, Diazepam, Tyzanidyna, Dantrolen, Gabapentyna, leki stosowane miejscowo – do mięśnia np. toksyna botulinowa A, leki podawane dokanałowo np. pompa baklofenowa),

- leczenie operacyjne, stosowane w najcięższych przypadkach, około 10% przypadków spastycznych niedowładów: ortopedyczne (zabiegi na ścięgnach i mięśniach) oraz neurochirurgiczne (rizotomia przednia i tylna – przecięcie przednich i tylnych korzeni rdzenia, mielotomia – przecięcie rdzenia w płaszczyźnie czołowej, przecięcie nerwów zasłonowych).

Zaletą leczenia rehabilitacyjnego, zarówno leczenia ruchem jak i fizykalnego jest mała inwazyjność i znikome skutki uboczne. Spastyczność wpływa negatywnie na mięśnie, stawy i nerwy. Układając program usprawniania należy pamiętać o wszystkich jednostkach anatomicznych układu ruchu, aby nie wpaść w błędne koło patologicznych reakcji mięśnia osłabionego wzmożonym napięciem. Dlatego rola terapii ułożeniowej zapobiegającej przykurczom i wpływającej na napięcie mięśniowe jest niezmiernie ważna z punktu widzenia powrotu do zdrowia. Wszyscy członkowie zespołu współpracującego podczas leczenia i opieki nad chorym z niedowładem spastycznym powinni stosować zasady prawidłowej terapii ułożeniowej, zmniejszającej wzmożone napięcie mięśniowe i zapobiegającej przykurczom. Zwiększa to znacząco szanse chorego na całkowity powrót funkcji ręki i kończyny dolnej, dzięki niwelowaniu nieodwracalnych następstw strukturalnych długo trwającej spastyczności.

Terapia ułożeniowa wchodzi w zakres czynności pielęgniarki. Stosowana już w ostrym okresie leczenia w oddziałach udarowych, internistycznych, chirurgicznych, intensywnej opieki medycznej, zapobiega obrzękom, odleżynom, przykurczom i narastaniu spastyczności. Zmianę pozycji pacjenta w łóżku wykonuje się co 2–3 godziny, stosując ułożenie na plecach, zdrowym i porażonym boku oraz jeśli stan internistyczny na to pozwala również na brzuchu. Do utrzymania pozycji wykorzystuje się wałki, poduszki, kliny, woreczki z piaskiem. Ułożenie chorego wyłączające wyzwalanie odruchów antygravitacyjnych i obronnych jest jednym z czynników biomechanicznych obniżających napięcie mięśniowe. Pozycja na wznak w przypadku niedowładów spastycznych kończyny górnej i dolnej powinna wyglądać następująco:

- kończyna górna w rotacji zewnętrznej i odwiedzeniu w stawie barkowym, łokieć zgięty, dłoń skierowana w górę,
- staw promieniowo-nadgarstkowy w nieznacznym wyproście, palce rozwarne, kciuk w pozycji przeciwstawnej (jeśli spastyczność jest na tyle duża, że uniemożliwia wyprost palców należy włożyć choremu do ręki np. rolę bandaża elastycznego, aby nie dochodziło do uszkodzenia powierzchni dłoniowej ręki przez zaciśnięte palce – odleżyny),
- kończyna dolna lekko zgięta w stawie biodrowym i kolanowym,
- stopa lekko ugięta, podparta miękką poduszką.

Uwaga: Jeśli u chorego występuje spastyczność kończyny dolnej, zwłaszcza w obrębie stopy, niewskazane jest

stosowanie podnóżka, ponieważ nacisk wywierany na podeszwową część stopy nasila spastyczność w kończynie dolnej. Zalecane jest miękkie podparcie pod stopę oraz zamontowanie odpowiedniej obręczy niwelującej ciężar koca przykrywającego pacjenta, co zapobiega zgięciu podeszwowemu stopy.

Kinezyterapia obniża wzmożone napięcie mięśniowe, wpływa na poprawę ruchu w stawie, utrzymuje elastyczność i sprężystość torebki stawowej, więzadeł oraz mięśni. Rozwija zdolność mięśni do reagowania na bodźce układu nerwowego. Ruch bierny działa jako bodziec proprioceptywny, czynny pobudza ośrodkowy układ nerwowy. Celem zmniejszenia spastyczności stosowane są:

- ćwiczenia bierne,
- stymulacja proprioceptywna wyzwalająca reakcje statokinetyczne z kombinacją ćwiczeń rozluźniających, izometrycznych i izotonicznych,
- stymulacja eksteroceptywna z wykorzystaniem masażu rozluźniającego, segmentarnego i szczotkowania,
- stymulacja wzrokowo-słuchowa w połączeniu z rytmicznym ruchem (ćwiczenia muzyczno-taneczne),
- ćwiczenia oporowe do momentu znużenia i rozluźnienia,
- poizometryczna relaksacja mięśni,
- ćwiczenia koordynacyjne i terapia zajęciowa,
- ćwiczenia oddechowe,
- specjalistyczne metody kinezyterapeutyczne, np. PNF

Skuteczną metodą stosowaną u pacjentów ze spastycznością jest proprioceptywna nerwowo-mięśniowa facylitacja (PNF). Wzorce oparte na ruchach zbliżonych do naturalnych wykonywanych wielopłaszczyznowo dają szybszy powrót utraconych funkcji. Metoda łączy techniki wpływające na odtworzenie fizjologii ruchu mięśnia, stawu i kontroli nerwowej. Z powodzeniem stosowana jest w przypadku pacjentów ze spastycznością 4 wg skali Ashworth'a, gdzie możliwości ruchowe są niewielkie. Aby utrwalić efekty stosowanych zabiegów rehabilitacyjnych w leczeniu spastyczności, stosuje się kontynuację terapii ułożeniowej poprzez zaopatrzenie ortopedyczne korygujące ustawienie kończyn w pozycji jak najbardziej zbliżonej do pośredniej. W przypadku kończyny górnej są to różnego rodzaju łuski z tworzyw termoplastycznych ze stabilizatorami, umożliwiającymi prawidłowe ustawienie stawu promieniowo-nadgarstkowego i palców oraz kciuka. Dla kończyny dolnej stosowane są aparaty typu Ankle-Foot Orthosis (AFO) zapobiegające końsko-szpawemu ustawieniu stopy oraz ortezy stabilizujące staw kolanowy.

Fizykoterapia umożliwia ograniczenie stosowania przez chorych leków obniżających napięcie mięśniowe. Czasowo osłabia przewodnictwo nerwowe, zmniejsza dopływ impulsacji aferentnej z proprioceptorów do OUN, blokuje receptory bólowe. Do metod fizykoterapii stosowanych w celu obniżenia napięcia mięśniowego zaliczamy: elektro-

terapię, hydroterapię, magnetoterapię i magnetostymulację, krioterapię, ciepłolecznictwo, światłolecznictwo.

Elektroterapię stosuje się min. celem zastąpienia czynności bioelektrycznej mięśnia, zaburzonej z powodu uszkodzenia OUN. Wykorzystujemy tu przezskórną stymulację elektryczną nerwów (TENS), elektrostymulację funkcjonalną (FES), elektrostymulację metodą Hufschmidta, tonolizę oraz prądy Traberta. W przypadku hydroterapii działanie odbywa się poprzez trzy główne bodźce: temperaturę wody, ciśnienie hydrostatyczne w przypadku wody stojącej i ciśnienie hydrodynamiczne w przypadku strumienia. Podwyższenie progu pobudliwości receptorów skóry i wrzecion mięśniowych wpływa na zmniejszenie aktywności włókien gamma. Dlatego z dobrym skutkiem stosowane są ciepłe kąpiele ogólne i miejscowe, kąpiele zimne, masaż wirowy podwodny oraz hydrogimnastyka. Pozytywne oddziaływanie pola magnetycznego zostało potwierdzone poprzez poprawę ukrwienia tkanek, ograniczenie bliznowacenia okołonерwowego, stymulację wzrostu włókien w neuronach nieuszkodzonych oraz wzrost przewodnictwa nerwów obwodowych. Krioterapia działa korzystnie na patologiczne napięcie mięśniowe, poprzez obniżenie temperatury mięśni i nerwów, wyłączenie receptorów skóry. Obniża aktywność motoneuronów gamma oraz działa przeciwbólowo na spastyczne mięśnie. Jest ona uważana za jedną ze skuteczniejszych metod fizykoterapii pacjentów ze spastycznością. Obecnie istnieje wiele badań potwierdzających te tezę. Ciepłolecznictwo opiera się na dostarczaniu organizmowi energii kinetycznej (cieplnej) poprzez zjawisko przewodzenia i przenoszenia, w ten sposób zmniejszając napięcie mięśniowe. Stosuje się termofory, woreczki z rozgrzanym piaskiem, okłady parafinowe, fango. Spośród światłolecznictwa w zwalczaniu spastyczności znalazło zastosowanie promieniowanie podczerwone. Powoduje ono rozszerzenie naczyń włosowatych skóry, poprawę przepływu krwi przez tkanki miękkie, co w następstwie daje obniżenie napięcia mięśni. Przykład stanowi naświetlanie lampą Sollux. Udowodniono, że najlepsze efekty w leczeniu spastyczności uzyskuje się poprzedzając kinezyterapię zabiegami fizykalnymi. Na pytanie, czy należy leczyć spastyczność trzeba odpowiedzieć sobie po uprzednim ustaleniu strategii leczenia rehabilitacyjnego dla danego pacjenta. Ważne jest określenie celu jaki chcemy osiągnąć. Niewielka spastyczność w kończynie dolnej pomaga w pionizacji, nauce poruszania się, poprzez zapewnienie czynnej stabilizacji stawów. Zdolność do samodzielnego

poruszania się jest obok możliwości manipulacyjnych ręki podstawowym wyznacznikiem skuteczności leczenia usprawniającego.

Wnioski

Spastyczność jako objaw uszkodzenia OUN znacznie pogarsza jakość życia pacjentów. Jest problemem interdyscyplinarnym, wymagającym stosowania różnorodnych metod leczniczych, w tym wczesnej rehabilitacji.

Właściwa pielęgnacja odgrywa istotną rolę w procesie terapeutycznym.

Janina Włodarczyk
Izabela Kamela-Michalak
Elżbieta Miller
Oddział Rehabilitacji Neurologicznej
III Szpital Miejski, Łódź

Literatura:

1. Kamela-Michalak I., Miller E., Włodarczyk J. Wybrane metody klinimetryczne w udarach mózgu. Postępy Rehabilitacji. Supp. Nr 8/2010
2. Miller E. Rola pielęgniarki w rehabilitacji i opiece nad chorym po udarze mózgu. Problemy Pielęgniarstwa. 2009; 17 (2): 152-156
3. Olchowik B., Sobaniec W., Sołowiej E., Sobaniec P. Aspekty kliniczne zwalczania spastyczności. Neurologia Dziecięca. Vol 18/2009
4. Wolny T., Saulicz E., Gnat R. Wykorzystanie metody PNF u chorych po udarze mózgu. Rehabilitacja w praktyce 3/2008, 32-36
5. Łuczak-Piechowiak A., Bartkowiak Z., Zgorzalewicz-Stachowiak M., Gajewska E. Fizykoterapia w spastyczności. Balneologia Polska, 2008; 189-197
6. Miller E. Ocena funkcjonalna skuteczności wczesnej rehabilitacji po udarze mózgu-observacja półroczna. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2007, 5; 205-210
7. Kwolek A. Podstawy farmakologicznego leczenia spastyczności. Rehabilitacja w praktyce. 2/2006
8. Michael P. Barnes, Postępowanie w spastyczności, Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii, 2005, 3, 241-248
9. Disability and Rehabilitation WHO (World Health Organization), 2004
10. Grochmal S. Rehabilitacja osób z zaburzeniami i uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego. Rehabilitacja Medyczna. 2003; 420-423
11. Kiwerski J. E. Urazy i schorzenia rdzenia kręgowego. Rehabilitacja Medyczna. Tom II; 67-107
12. Mika T. Fizykoterapia. 1996

Konikopunkcja (Needle Cricothyroidotomy)

Inwazyjna metoda udrażniania dróg oddechowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

„Człowiek, który umiera z braku ratunku obciąża sumienie pozostałych przy życiu”

L. Hirsfeld

"Pielęgniarka systemu w rozumieniu art. 3 pkt. 6 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 oraz 2007 roku Nr 89, poz. 590), to osoba po specjalizacji lub kursie kwalifikacyjnym lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, posiadająca co najmniej 3 letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym, uprawniona do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych".

Niezaprzeczalnym prawem każdego człowieka, który znalazł się w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, jest otrzymanie, w możliwie najkrótszym czasie, niezbędnej wysokospecjalistycznej pomocy, niezależnie od miejsca i czasu. Medycyna ratunkowa w krajach UE staje się wskaźnikiem jakości ochrony zdrowia oraz sprawności organizacyjnej państwa i wymogiem bezwzględny, który ma dać poczucie bezpieczeństwa wszystkim obywatelom (Europejski Manifest Medycyny Ratunkowej – European Society for Emergency Medicine). Zasady te stawiają szczególnie duże wymagania pielęgniarcom/pielęgniarkom systemu, którzy to podejmują decyzje w ramach swojego zakresu działań, ale muszą być również przygotowani i upoważnieni do podejmowania decyzji leczniczych w sytuacjach nagłych lub powikłaniach.

Niedrożność górnych dróg oddechowych jest najczęstszym zagrożeniem życia i definiuje się ją jako stan uniemożliwiający dostęp powietrza do płuc na poziomie gardła lub krtani. W ten sposób powstaje ostra niewydolność hipoksemiczna. W warunkach fizjologicznych drożność dróg oddechowych jest zapewniona przez napięcie mięśni znajdujących się pod kontrolą ośrodkowego układu nerwowego. Drogi te mogą być częściowo lub całkowicie niedrożne, na dowolnym poziomie – od jamy nosowej do oskrzeli. Dotychczas uważano, że powoduje ją przemieszczenie się języka ku tyłowi wywołane obniżeniem napięcia mięśniowego, w efekcie czego język dotyka tylnej ściany gardła. U osób nieprzytomnych do niedrożności najczęściej dochodzi na poziomie

gardła a przyczyna niedrożności dróg oddechowych została zidentyfikowana dzięki badaniom pacjentów poddanych znieczuleniu ogólnemu, jak również sedacji z użyciem tomografii rezonansu magnetycznego. Badania te wykazały, iż niedrożność wywołuje podniebienie miękkie i nagłośnia, a nie język. Niedrożność na poziomie krtani zdarza się w następstwie jej obrzęku w przebiegu oparzenia, zapalenia lub reakcji anafilaktycznej. Stymulacja górnych dróg oddechowych może być przyczyną kurczu głośni.

Najczęściej spotykaną przyczyną zamknięcia górnych dróg oddechowych zarówno u dorosłych jak i u dzieci jest zapalenie (wirusowe, bakteryjne) lub alergiczny obrzęk nagłośni i krtani oraz zachłyśnięcie lub zaksztuszenie się ciałem obcym. Materiałem zachłystowym mogą być płyny, krew, wymiociny (zarzucanie treści żołądkowej lub uraz), twarde ciała obce (zęby i ich protezy), klocki wkładane przez dzieci w trakcie zabawy do buzi, kości i inne organiczne ciała obce (pestki, cukierki, nasiona, owoce, orzechy). Zachłyśnięciu sprzyja wiek (dzieci i osoby starsze), choroby układu nerwowego, znieczulenie ogólne, otyłość i nadużycie alkoholu. Ciało obce może być zaaspirowane do dolnych dróg oddechowych. Drażniąc je miejscowo powoduje ono ostre objawy w postaci kaszlu, łęku, bólu, a następnie powoduje obrzęk błony śluzowej, w konsekwencji doprowadza do zmniejszenia drożności dróg oddechowych aż do ich zamknięcia włącznie. W tych przypadkach w obszarze położonym dystalnie rozwija się zapalenie płuc.

Przyczynami nagłego zwężenia górnych dróg oddechowych są ostre zapalenie nagłośni, krtani, tchawicy i oskrzeli (krup), angina, obrzęk naczyńnorożowy Quinckego, guz lub uraz gardła, krtani, tchawicy, wady rozwojowe, oparzenia. Przyczyną może być również choroba tętnicy głównej z uciskiem na drogi oddechowe, zwężenie tchawicy (po intubacji). Bardzo groźny przebieg ma uczuleniowy obrzęk nagłośni i krtani. Ostro incydent zamknięcia dróg oddechowych jest przyczyną tachypnoe (przyspieszenia częstości oddechów), duszności i ostrego męczącego kaszlu. Może powodować rozwinięcie się niekardiogenego obrzęku płuc.

Rozpoznanie niedrożności dróg oddechowych

W przypadku częściowej niedrożności dróg oddechowych droga przepływu powietrza jest ograniczona, a oddech zwykle głośny. Niedrożność na poziomie krtani lub powyżej

2. Problemy zdrowotno-zawodowe pielęgniarek i położnych związane z ich pracą

cz. 2

mgr ELŻBIETA MIELCZAREK-PANKIEWICZ

Jak wspominało (patrz część 1.: Ochrona zdrowia pracujących), w środowisku pracy występują różne czynniki, które można podzielić na czynniki: materialne – biologiczne, chemiczne, fizyczne oraz niematerialne – psychospołeczne, organizacyjne, ergonomiczne, związane ze sposobem wykonywania pracy. W środowisku pracy pielęgniarek i położnych występują na przykład czynniki:

- Biologiczne: makro- i mikroorganizmy roślinne i zwierzęce oraz ich toksyny i alergeny.
- Chemiczne: detergenty, płyny odkażające, rozpuszczalniki organiczne, gazowe środki do narkozy, sterylizacji, leki – w tym cytostatyki, syntetyczne estrogeny oraz inne – drażniące, mutagenne, rakotwórcze, toksyczne, uczulające.
- Fizyczne: pola/promieniowanie elektryczne, magnetyczne, elektro-magnetyczne, elektrostatyczne, jonizujące, laserowe, nadfioletowe, podczerwone, ultradźwiękowe; mikroklimat – ciśnienie, temperatura, ruch i wilgotność powietrza; hałas, wibracja/drgania, pył.
- Psychospołeczne: organizacja pracy, jej tempo, ilość, jakość, i relacje międzyludzkie.
- Ergonomiczne: związane ze sposobem wykonywania pracy – wysiłek fizyczny, pozycja ciała.

Ze względu na bardzo obszerny materiał dotyczący zdrowia pielęgniarek i położnych związanego z ich pracą zawodową, ograniczono się do przedstawienia głównych czynników uciążliwych i szkodliwych występujących w środowisku pracy (biologicznych, chemicznych, fizycznych, ergonomicznych, psychospołecznych), ich źródeł i skutków zdrowotnych narażenia na te czynniki, ze szczególnym uwzględnieniem głównych zasad profilaktyki (o charakterze medycznym, organizacyjno-prawnym i technicznym), stosowanych w zapobieganiu problemom zdrowotnym tego personelu.

2.1. CZYNNIKI BIOLOGICZNE

Czynniki biologiczne to wszelkie makro- i mikroorganizmy, które mogą być przyczyną zakażenia, czyli wnikięcia do organizmu i rozwoju w nim drobnoustroju. Zakażenia szpitalne/zakładowe to wypadki, w których (w wyniku błędów) dochodzi do zakażenia w szpitalu pacjenta chorobą, na którą nie chorował ani nie był nią zakażony przed pobyt w zakładzie opieki zdrowotnej. Źródła zakażeń mogą być endogenne (wewnątrz organizmu) i egzogenne (pochodzące ze środowiska zewnętrznego). W 90% są nimi bakterie, w 10% – wirusy, grzyby, pierwotniaki. Drogami szerzenia w zdecydowanej większości (według różnych źródeł

od 50 do 80%) są ręce personelu medycznego! Istotne jest tak zwane okienko serologiczne – okres, kiedy człowiek jest już zakażony (krew zawiera wirusa), natomiast badania serologiczne są jeszcze ujemne (w wypadku HIV – wynosi ono około 20 dni, WZW – 80 dni). Zaraźliwość oznacza możliwość przenoszenia zakażenia między organizmami. Przykładami chorób zakaźnych (ale niezaraźliwych) są: tężec, zatrucie jadem kiełbasianym, toksoplazmoza. Natomiast zawodowe choroby zakaźne to na przykład wirusowe zapalenie wątroby (WZW), borelioza, gruźlica czy zespół nabytego braku odporności (AIDS).

Przykładami błędów personelu medycznego są: lekkoomyślność – tak zwane oswojenie objawów (u 1/4 osób); pośpiech, często związany z przeciążeniem pracą, brakami personelu; emocje (duży lęk, zwłaszcza u młodych pracowników); brak doświadczenia; szkoleń personelu; brak nadzoru; niezgłaszanie ekspozycji zawodowej/zakłucia; praca nosicielami na stanowiskach zabiegowych; noszenie biżuterii; mnożenie inwazyjnych badań/zabiegów; przechowywanie w lodówkach leków ze środkami spożywczymi; jedzenie na stanowiskach pracy; niemycie rąk przed założeniem i po zdjęciu rękawiczek; nieprzestrzeganie zasad/techniki mycia rak; brak środków higienicznych, płynnego mydła; nieosuszanie skóry dłoni; niestosowanie/brak środków ochrony indywidualnej; brak pojemników na odpadki; używanie niesprawnego/nieszczelnego sprzętu, uszkodzonych rękawic – jednej pary do wielu zabiegów i chorych. Ponadto szerzeniu zakażeń sprzyja zła technika pobierania krwi: pacjent nie leżący a siedzący (możliwość jego omdlenia i przypadkowego zakłucia); niedostateczna dezynfekcja miejsca wkłucia; palpacyjne sprawdzanie przebiegu żył już po zdezynfekowaniu skóry; manipulowanie osłonkami igieł i rozmontowywanie sprzętu po zabiegu, wielokrotne przekłuwanie korków od butelek, niedostosowanie rozmiaru igły do żyły, zmienianie tylko igieł, przy wykorzystywaniu jednej strzykawki u wielu chorych. Nieuzasadnione jest też dzielenie chorych na nie- i zakażonych.

Dramatycznymi skutkami powyższych nieprawidłowości są zakażenia WZW i HIV także wśród pielęgniarek. W 2007 roku stwierdzono pierwszy wypadek choroby zawodowej (AIDS) u pielęgniarki. Rocznie w kraju stwierdza się tysiące nowych zachorowań na WZW, z tego większość stanowią zakażenia zakładowe. Ryzyko zakażenia WZW, zwłaszcza typu B, jest wielokrotnie większe od zakażenia HIV. Przebieg zakażeń jest bardzo często bezobjawowy, częste jest też nosicielstwo, zwłaszcza w wypadku WZW

typu C, oraz powikłania w postaci przewlekłego zapalenia wątroby (u 80% chorych), marskości i nowotworów wątroby.

U pielęgniarek często zdarzają się przypadkowe zakłucia – tak zwane ekspozycje zawodowe – głównie u młodych osób, w czasie rannych dyżurów, w trakcie manipulowania użytym sprzętem (w 80% igłami po zabiegu oraz coraz rzadziej ale nadal występują w trakcie nakładania osłonek na igły). Zdecydowana większość personelu nie zgłasza ekspozycji!

Bardzo istotne jest właściwe postępowanie poekspozycyjne: bezpośrednio po zakłuciu mycie skóry ciepłą wodą z mydłem (obfite płukanie bieżącą wodą błon śluzowych), nietamowanie krwawienia, dezynfekcja skóry, zabezpieczenie zranienia wodoodpornym opatrunkiem, zawiadomienie o zdarzeniu (zgodnie z zakładową procedurą postępowania) pracodawcy, lekarza/pielęgniarki, służby BHP oraz udokumentowanie (indywidualna karta zgłoszenia ekspozycji zawodowej – z kopią dla pracownika) i prowadzenie rejestru ekspozycji. W razie potrzeby należy wykonać testy, wykrywające antygeny/przeciwciała z krwi pobranej w dniu ekspozycji od pacjenta (za jego zgodą) oraz podjąć ewentualne postępowanie chemioprophylaktyczne, powtarzać badania i ostrożnie postępować wobec innych (możliwość ich zakażenia przez 6 miesięcy). Należy pamiętać, iż pracodawca finansuje koszty procedury poekspozycyjnej i że w świetle obecnych przepisów prawnych nosicielstwo nie upoważnia do odsunięcia od pracy.

przestrzeganie procedury poekspozycyjnej, poddawanie się szczepieniom (których skuteczność jest większa u ludzi młodych). Należy pamiętać o tym, że każdy pacjent może być zakażony i brak jest skutecznej 100% profilaktyki! Istotna jest edukacja personelu oraz dokumentowanie jego pracy (w tym wypadku – w narażeniu na czynniki biologiczne).

Profilaktyka organizacyjno-prawna polega na sprawowaniu nadzoru i kontroli pracy (w tym jej organizacji i zapewnieniu dostatecznej liczby personelu), przestrzeganiu standardów/procedur postępowania, w tym poekspozycyjnego, ograniczaniu liczby: zabiegów, osób i rozmów na salach operacyjnych/zabiegowych, skracaniu czasu hospitalizacji, zakazach: opuszczania stanowisk, przenoszenia niezabezpieczonego materiału biologicznego, jedzenia, palenia i makijażu na stanowiskach pracy, zatrudnianiu ciężarnych/karmiących w narażeniu na czynniki biologiczne. Istotna jest znajomość i przestrzeganie przepisów prawnych*.

Profilaktyka techniczna to odrębne pomieszczenia socjalne dla pracowników, jednorazowy sprzęt: bezpieczny, atestowany, sprawny, szczelny, podawany na tacach, zmieniany przy każdym pacjencie, usuwany po wykorzystaniu, bez zakładania osłonek, do sztywnych pojemników; środki ochrony osobistej: rękawice (podwójne), maski, obuwie i zbiorowej: wietrzenie, wentylacja, wyciągi; właściwa technika pakowania, transportu i niszczenia odpadów. (Tabela 1.).

mieć charakter: drażniący (na przykład środki odkażające: spirytus, chlor/amina, forma/lina/ldehyd; duszący (tlenek węgla); mutagenny, teratogenny, embrio- i genotoksyczny (tlenek etylenu i azotu, cytostatyki); narkotyczny (anestetyki); rakotwórczy (chlorek winylu, syntetyczne hormony); uczulający/alergizujący (związki jodu, lateks, związki niklu, chromu, leki); żrący (silne kwasy i zasady) i tak dalej.

Czynniki chemiczne występujące w środowisku pracy pielęgniarek i położnych to głównie: środki odkażające – aldehydy, alkohole, związki chloru, jodu, fenolu, barwniki, środki zapachowe; leki – antybiotyki, cytostatyki, środki anestetyczne: Izofluran/Foran, Sewofluran (Seworane), podtlenek azotu, halotan; metale – związki chromu, niklu, rtęci; lateks (guma).

Wpływ czynników chemicznych na organizm może być drażniący i uczulający, miejscowy oraz ogólny, a także natychmiastowy lub późny (czas oddziaływania substancji chemicznych).

Czynniki chemiczne mogą wywoływać:

1. Zmiany skórne/dermatologiczne – drażniące i uczulające, których objawami są między innymi: kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia, kontaktowe alergiczne zapalenie skóry, pokrzywka, pęcherzyki, grudki, strupy, nadżerki, wykwity, świąd, zmiany liszajowate, prze/odbarwienia. Zmiany te wywołują:

- środki odkażające (w 40% wypadków patologii skóry ogółem); na przykład: aldehydy, alkohole, formaldehyd. W zakładach opieki zdrowotnej stosuje się ponad 100 różnych preparatów, stąd istotne jest sprawdzanie, czy mają na etykietach atest/certyfikat Urzędu Rejestracji Produktów;
- związki metali (30% wśród zawodowych zmian skórnych) – chromu, niklu, rtęci;
- guma/lateks (stanowiące kilkanaście procent stwierdzanych ogółem zawodowych chorób skóry);
- barwniki, środki zapachowe, konserwanty, tworzywa sztuczne.

2. Astmę i wstrząs anafilaktyczny, czyli uogólnioną alergię, których czynnikami ryzyka zawodowo-zdrowotnego są: środki dezynfekcyjne; lateks (+ palenie = synergizm, czyli potęgowanie szkodliwego działania); atopia (osobnicza wrażliwość; skłonność do nadreaktywności organizmu).

Lateks występuje powszechnie, na przykład w rękawicach (w których nośnikiem zawartego w nim alergenu białkowego jest talk), cewnikach, drenach, sprzęcie anestezjologicznym, owocach cytrusowych, lycrze, prezerwatywach, globulkach. Uczulenie na lateks dotyczy 1% populacji, 17% pracowników medycznych i aż 20% pielęgniarek. Jak żyć z alergią na lateks? Nie należy ekspozycjonować dłoni na wiatr, mróz, elektryczne suszarki do rąk (lepsze są ręczniki papierowe). Trzeba dokładnie osuszać skórę (przed nałożeniem rękawiczek); smarować dłonie obojętną maścią (najlepiej wazeliną); myć i natłuszczać dłonie po każdym zdjęciu rękawiczek (powstawanie w nich „potu rękawiczkowego”); stosować rękawiczki bezpudrowe (pyłący talk – nośnikiem alergenu) – winylowe, nitylowe;

powoli, bez strzepywania, zdejmować rękawice; unikać innych alergenów: związków metali (biżuterii), pokarmów (na przykład cytrusów, bananów, kiwi, awokado, orzechów, czekolady, mleka, jaj, ryb, owoców morza), roślin (bluszczu, chryzantem, fikusów, narcyzów, pierwiosnków); unikać stresu/konfliktów – prowadzących do spadku odporności; poddawać się badaniom (istotne są wywiady i zgłaszanie alergii) profilaktycznym, dermatologicznym i ewentualnemu odczulaniu (pod nadzorem specjalisty).

Zapobieganie alergii zawodowej – chorobom skóry, spojówek oczu, błon śluzowych, dróg oddechowych/astmie, reakcji anafilaktycznej – sprowadza się do realizacji działań profilaktycznych o charakterze medycznym, organizacyjno-prawnym, technicznym.

Profilaktyka medyczna to poddawanie się badaniom profilaktycznym, w tym wstępnym (zgłaszana w czasie przeprowadzania wywiadu atopii nie musi być przeciwwskazaniem do zatrudnienia), korzystanie z konsultacji alergologicznych i dermatologicznych, wykonywanie testów/prób uczuleniowych. W razie konieczności – leczenie, zaopatrzenie w środki pierwszej pomocy (ampułkostrzykawka z adrenaliną), odczulanie. Istotne jest właściwe pielęgnowanie skóry dłoni (osuszanie papierem, natłuszczenie, zapewnienie ciepła); niepalenie (synergizm alergenów z tytoniem!); unikanie alergenów, w tym biżuterii/związków metali, nadmiaru „chemii” (zwłaszcza w domu), lateksu, wilgoci/pleśni, pyłów.

W ramach profilaktyki organizacyjno-prawnej należy informować pracodawców o atopii/alergii, ograniczać kontakt z alergenami, środkami dezynfekcyjnymi, zapachowymi, konserwantami, barwnikami, stosować substancje chemiczne pozytywnie zaopiniowane przez Urząd Rejestracji Produktów; korzystać ze szkoleń, informacji, na przykład **Centrum Konsultacyjno-Diagnostycznego IMP w Łodzi (www.imp.lodz.pl; telefon: 42 6314 798 – informacje na temat chorób układu oddechowego; 42 6314 738/742 – chorób skóry)**.

Na profilaktykę techniczną składa się: stosowanie sprzętu: atestowanego, sprawnego, szczelnego; środków ochrony indywidualnej, w tym: nietalkowanych rękawic, na przykład nitylowych; oraz środków ochrony zbiorowej: wietrzenie, wentylacja, filtry; przestrzeganie właściwych technik sprzątnia: przechowywania, przygotowywania odpowiednich stężeń i niemieszania środków dezynfekcyjnych. (Tabela 2.)

2.3. CZYNNIKI RAKOTWÓRCZE

Chemiczne czynniki rakotwórcze, z którymi pielęgniarka i położna ma zawodowy kontakt, to głównie cytostatyki i syntetyczne hormony (estrogen i prawdopodobnie testosteron). Wpływ leków przeciwnowotworowych na organizm jest wieloraki i może wywołać: toksyczne uszkodzenie wątroby, nerek; zaburzenia hematologiczne – leukopenię; zmiany skórne: wypadanie włosów, zmiany paznokci; alergię skórą, astmę; wady wrodzone u potomstwa, poronienia, wcześniactwo i nowotwory.

Tabela 1. Profilaktyka zakażeń

medyczna	organizacyjno-prawna	techniczna
Reżim epidemiologiczny: • a/anty/septyka • dezynfekcja (chlor) • sterylizacja, posiewy • higiena, właściwe mycie rąk	Dobra organizacja pracy Dostateczna obsada kadrowa Edukacja personelu	Sprzęt: bezpieczny, jednorazowy, atestowany, sprawny, szczelny, podawany na tacach, zmieniany przy każdym pacjencie usuwany do pojemników bez zakładania osłonek
Badania, poradnictwo lekarskie, serologiczne	Dokumentowanie pracy (przechowywanie jej 10–40 lat)	Środki ochrony osobistej: rękawice (podwójne), maski, obuwie; i zbiorowej: wietrzenie, wentylacja, wyciągi
Ograniczanie antybiotykoterapii	Nadzór i kontrola warunków pracy	Właściwa technika pakowania, transportu, niszczenia odpadów
Ostrożność, opanowanie	Przestrzeganie prawa, procedur	
Przestrzeganie procedury poekspozycyjnej	Ograniczanie: liczby zabiegów, osób, rozmów na salach zabiegowych, czasu hospitalizacji	
Udzielanie wsparcia osobie po ekspozycji	Zakazy: opuszczania stanowisk, przenoszenia niezabezpieczonego materiału biologicznego, jedzenia, makijażu/palania na stanowiskach pracy, zatrudniania ciężarnych i karmiących	
Szczepienia, zwłaszcza u młodych	Przepisy prawne, w tym dotyczące zakażeń i chorób zakaźnych	
Uwaga: każdy pacjent jest potencjalnie zakażony brak całkowicie skutecznej profilaktyki!		

Najistotniejsza jest profilaktyka zakażeń, która ma charakter medyczny, organizacyjno-prawny i techniczny. (Tabela 1.).

W ramach profilaktyki medycznej obowiązuje reżim epidemiologiczny, czyli przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki, dezynfekcja (najskuteczniejsze są preparaty zawierające chlor), sterylizacja, posiewy, higiena rąk, poradnictwo i badania lekarskie oraz serologiczne, ograniczenie antybiotykoterapii, ostrożność i opanowanie w czasie wykonywania zabiegów,

2.2. CZYNNIKI CHEMICZNE

Liczba substancji chemicznych na świecie sięga kilkudziesięciu milionów. W Polsce zaledwie dla kilkuset z nich opracowano normatywy higieniczne (Najwyższe Dopuszczalne Stężenia/NDS). W ciągu roku w naszym kraju stwierdza się około 300 zawodowych zatruc ostrych i przewlekłych oraz około 100 nowotworów złośliwych na tle zawodowym. Wpływ czynników chemicznych na organizm może

Tabela 2. Zapobieganie alergii zawodowej – chorobom skóry, spojówek oczu, błon śluzowych dróg oddechowych/astmie, reakcji anafilaktycznej

profilaktyka medyczna	profilaktyka organizacyjno-prawna	profilaktyka techniczna
Badania profilaktyczne: wstępne – dokładny wywiad, niekoniczna dyskwalifikacja atopików, konsultacje alergologiczne i dermatologiczne – próby alergiczne	Informowanie pracodawców o atopii/alergii	Sprzęt: atestowany, sprawny, szczelny
Leczenie: pierwsza pomoc (ampułkostrzykawka z adrenaliną), odczulanie	Ograniczanie kontaktu z: alergenami – środkami: dezynfekcyjnymi, zapachowymi, konserwantami, barwnikami	Środki ochrony - indywidualnej: gogle, maski nietalkowane/nielekowskie rękawice, na przykład: nitrylowe, winylowe; – zbiorowej: wietrzenie, wentylacja, filtry przeciwpylowe, automatyzacja, hermetyzacja
Pielęgnowanie skóry dłoni	Stosowanie substancji chemicznych pozytywnie zaopiniowanych przez Urząd Rejestracji Produktów	Właściwe techniki sprzątnięcia: odpowiednie stężenia, właściwe przechowywanie i niemieszanie środków dezynfekcyjnych
Niepalenie (synergizm z substancjami chemicznymi!)	Szkolenia, informacje: na przykład Centrum Konsultacyjno-Diagnostyczne IMP w Łodzi: www.imp.lodz.pl telefony: 42 6314 798 – choroby układu oddechowego 42 6314 738/742 – choroby skóry	
Unikanie alergenów, w tym biżuterii/związków metali, lateksu, nadmiaru preparatów chemicznych, wilgoci/pleśni, pyłów, palenia		

Działania zapobiegawcze podczas kontaktu z lekami cytostaticznymi sprowadzają się do profilaktyki medycznej, organizacyjno-prawnej, technicznej.

Profilaktyka o charakterze medycznym to: badania profilaktyczne – wstępne, okresowe – pierwsze po roku pracy, następne ponawiane co 2–4 lata; badania dodatkowe: EKG, RTG, morfologia; specjalistyczne: dermatologiczne, okulistyczne; przestrzeganie higieny, w tym częste i dokładne mycie rąk; systematyczna dezynfekcja, sterylizacja, właściwa pierwsza pomoc w razie kontaktu skóry/błon śluzowych z lekiem – obfite płukanie bieżącą wodą; prowadzenie zdrowego stylu życia: unikanie picia alkoholu, palenia tytoniu, nadwagi.

Organizacyjno-prawne przedsięwzięcia zapobiegawcze polegają na szkoleniach pracowników, udzielaniu im stosownych informacji; prowadzeniu rejestru pracowników i czasu pracy w kontakcie z cytostaticznymi; rotacji personelu; kontrolowaniu przestrzegania przepisów prawnych, zasad BHP, procedur; stosowaniu znaków ostrzegawczych; zakazie zatrudniania kobiet w ciąży, karmiących, po pa-

tologach ciąży; zakazie spożywania posiłków i napojów, palenia, wykonywania makijażu na stanowiskach pracy; zakazie opuszczania miejsca pracy w odzieży ochronnej. Obowiązujący przepis prawny to Rozporządzenie MZiOS w sprawie BHP przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostaticznych w zakładach opieki zdrowotnej**.

Profilaktyka techniczna koncentruje się na zapewnieniu osobom podającym leki cytostaticzne izolowanych pomieszczeń pracy, pomieszczeń socjalnych; przestrzeganiu zasad podczas przygotowania i podawania leków; zachowaniu ostrożności; stosowaniu szczelnego jednorazowego sprzętu; wilgotnych jałowych gazików nasączonych spirytusem podczas odpowietrzania strzykawek; wykorzystywaniu grubych igieł; co najmniej dwóch par nietalkowanych/bezpułdrowych rękawic, zmienianych co godzinę; stosowaniu jednorazowej bielizny, w tym pościelowej (badania potwierdzają obecność leków cytostaticznych w płynach ustrojowych/moczu osób opiekujących się chorymi!); stosowaniu wentylacji, wyciągów, segregacji odpadów. (Tabela 3.)

Tabela 3. Działania profilaktyczne podczas kontaktu z lekami cytostaticznymi

profilaktyka medyczna	profilaktyka organizacyjno-prawna	profilaktyka techniczna
Badania profilaktyczne: wstępne i po roku pracy – okresowe (co 2–4 lata); dodatkowe EKG, RTG, morfologia; specjalistyczne: dermatologiczne, okulistyczne, przeglądowe/celowane	Szkolenia, rotacje pracowników	Izolowane pomieszczenia pracy
Higiena /mycie rąk	Rejestr pracowników i czasu ich pracy	Pomieszczenia socjalne
Dezynfekcja, sterylizacja	Kontrolowanie przestrzegania prawa, zasad BHP, procedur postępowania	Odpowiednie sposoby przygotowania i podawania leków: ostrożność, szczelność jednorazowego sprzętu, wilgotne gaziki podczas odpowietrzania, grube igły
Pierwsza pomoc – obfite płukanie skażonej skóry	Stosowanie znaków ostrzegawczych	Co najmniej 2 pary rękawic bezpułdrowych, zmienianych co godzinę
Zdrowy styl życia: niepalenie unikanie picia alkoholu, unikanie nadwagi	Zakaz zatrudniania kobiet w ciąży, karmiących, po patologii ciąży	Jednorazowa bielizna, pościel
	Zakaz spożywania posiłków i napojów, palenia, wykonywania makijażu na stanowiskach pracy	Wentylacja, wyciągi, hermetyzacja
	Zakaz opuszczania miejsca pracy w odzieży ochronnej	Pomiar stężeń chemikalia
	Rozporządzenie MZiOS w sprawie BHP przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostaticznych w zakładach opieki zdrowotnej	Środki ochrony indywidualnej
		Segregacja odpadów

Głównymi przyczynami zgonów w Polsce są choroby układu krążenia, nowotwory, wypadki i zatrucia. Omawiając szkodliwy, w tym rakotwórczy, wpływ czynników chemicznych na stan zdrowia należy wymienić inne – często zależne od nas – także pozazawodowe czynniki rakotwórcze, w tym kolejno: tytoń, alkohol, dietę – przetworzoną i tłustą, pewne zachowania seksualne (zbyt wczesne rozpoczynanie przez kobietę aktywności płciowej i liczni partnerzy seksualni), środowisko/przemysł, leki, zabiegi medyczne, drobnoustroje (na przykład niektóre grzyby, wirusy powodujące WZW), predyspozycje rodzinne/dziedziczne, mechaniczne uszkodzenia skóry/błon śluzowych (na przykład stałe drażnienie przez źle dobraną protezę) czy wreszcie typ osobowości i stres psychospołeczny, osłabiający odporność.

W zapobieganiu nowotworom istotną rolę odgrywa stosowanie się do podstawowych zaleceń:

- Nie pal; Nie nadużywaj alkoholu; Nie opalaj się zbyt intensywnie.
- Jedz dużo warzyw, owoców; Ograniczaj spożywanie żywności przetworzonej/„nienaturalnej”.
- Unikaj nadwagi, bądź aktywny psychoruchowo.
- Myśl optymistycznie.
- Przestrzegaj zasad BHP.
- Poddawaj się badaniom profilaktycznym.
- Zgłoś się do lekarza w razie niepokojących objawów: powiększenia węzłów chłonnych, zgrubienia, guza, zmian w znamieniu skórnym (asymetria, nieregularny kształt, różne kolory, wielkość powyżej 0,5 cm), niefizjologicznego krwawienia, chronicznego kaszlu, chrypki, zaburzeń połykania oraz jelitowych (na zmianę biegunki i zaparcia bez istotnej przyczyny), osłabienia, nieuzasadnionego spadku masy ciała, bólu.

Odporność na choroby i dolegliwości, zdolność radzenia sobie z problemami, sprawność fizyczna i intelektualna, zdolność wypełniania ról życiowych/zawodowych, poczucie siły, chęci do życia, witalność, równowaga i harmonia psychiczna to przejaw naszego zdrowia. Obrazują je także obiektywne wskaźniki epidemiologiczne, w tym współczynnik umieralności niemowląt; długość (jakość) życia – przeciętny Polak żyje obecnie około 70 lat, Polka – 80 – czy odsetek osób niepełnosprawnych (w Polsce sięgający 15%).

W zapobieganiu chorobom dużą rolę odgrywają zdrowe nawyki. Należy: nie zapominać o śniadaniu, jeść regularnie, często (co 2 godziny), mało, zdrowo; nie palić; nie pić; nie tyć; ćwiczyć – mózg i mięśnie; wysypiać się; myśleć pozytywnie; kochać kogoś/coś (z umiarem); być/żyć w zgodzie z naturą. Równie istotna jest dieta; powinno się spożywać: warzywa (jak najwięcej); produkty zbożowe: ciemne, pełnoziarniste mąki, ryż, makaron, kasze, fasolę, groch, soję, soczewicę; owoce („jabłko z rana i wieczora trzyma z dala od doktora”; „1–2 jabłka dziennie: daleko od lekarza i grabarza”); bakalie (z umiarem, bo tuczą), w tym: słonecznik, orzechy, pestki dyni, siemię lniane, sezam, migdały; łagodne przyprawy; wodę niegazowaną, zieloną

herbatę, zioła. Natomiast trzeba unikać/ograniczać spożywanie: tłuszczów zwierzęcych – mięsa, nabiału (zwłaszcza przez osoby z grupą krwi A – „rolników” – skłonnych do chorób cywilizacyjnych); używek – soli, cukru, alkoholu, kawy (uzależniają); białej mąki („im chleb bielszy, tym prozrubiejszy”); produktów przetworzonych – wędzonych, smażonych, konserwowanych, barwionych. Nie powinno się łączyć z innymi pokarmami mleka, owoców, orzechów; białka z węglowodanami; natomiast do wszystkiego można dodawać warzywa. Dbając o zdrowie kontroluje swoją masę ciała, jest zainteresowany sposobami odżywiania i stosuje się do rad prozdrowotnych: jedz, aby żyć, a nie żyj, aby jeść; sprawdzaj, co jesz (jak to daleko odeszło od natury); co najmniej raz dziennie spożywaj gorący posiłek, na przykład zupę/duszone warzywa z woka/głębokiej patelni; zainteresuj się nowoczesną dietetyką, wegetarianizmem/weganizmem. Ponadto w życiu sprawdzają się odwieczne zasady: wiara, nadzieja, miłość i: umiar we wszystkim.

2.4. CZYNNIKI FIZYCZNE

Na czynniki fizyczne składa się: mikroklimat, czyli ciśnienie, temperatura, ruch i wilgotność powietrza; promieniowanie/poła: akustyczne, ultra/infradźwiękowe, mechaniczno-akustyczne – drgania/wibracja i hałas; elektromagnetyczne; elektrostatyczne; jonizujące/RTG; magnetyczne; mikrofalowe; nadfioletowe; optyczne – widzialne i niewidzialne; podczerwone; termiczne.

2.4.1. Hałas

Hałas jest wszechobecny. Jego źródłem jest środowisko, aparatura, człowiek, w tym – niestety – także personel medyczny! Przykłady źródeł i poziomu hałasu: szept „do starca” 30 decybeli; deszcz – 50; rozmowa 60–70; ruch uliczny – 85; kosiarka – 110; syrena alarmowa/karetka – 120; silnik odrzutowy jest źródłem 130 decybeli. Najwyższe dopuszczalne natężenie hałasu/NDS w odniesieniu do pracowników przedstawia Tabela 4. W Polsce w odniesieniu do dorosłego pracownika zatrudnionego 8 godzin dziennie NDS nie powinno przekraczać 85 decybeli. Normy te są niższe w odniesieniu do młodocianych, kobiet ciężarnych, ludzi chorych, pomieszczeń zamkniętych i pory nocnej.

Tabela 4.

Najwyższe Dopuszczalne Natężenie (NDN) hałasu w decybelach	limity czasu narażenia pracowników
94	godzina
85	8 godzin
80	8 godzin młodociani
70–80	kobiety
65	kobiety ciężarne
45–50	w pracy biurowej
35–40	w dzień w zoz
30	nocą w zoz

A jak jest w praktyce? W oddziale noworodków aparatura jest źródłem nawet 98 decybeli, aparat telefoniczny – 56; a telefon na podkładce: 52,7 dB. Badania potwierdzają, że narażenie noworodków na 50–75 dB – prowadzi u nich do zakłóceń snu i późniejszych zaburzeń zachowania. Negatywne skutki zdrowotne oddziaływania hałasu – czynnika uciążliwego, jak i szkodliwego – dotyczą nie tylko narządu krytycznego, którym jest – ucho. Hałas poza zmianami miejscowymi – trwałym uszkodzeniem słuchu (skutki późne), wywołuje także zmiany pozasłuchowe, ogólne – ze strony ośrodkowego układu nerwowego (objawy subiektywne: rozdrażnienie, złe samopoczucie i zaburzenia snu); spadek wydajności pracy; wahania ciśnienia tętniczego; zaburzenia hormonalne/płodności; chorobę wrzodową żołądka oraz dwunastnicy.

Zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym hałasu prowadzi się do profilaktyki medycznej; będą nią: badania profilaktyczne, ocena zagrożeń, szkolenie pracowników; unikanie/ograniczenie hałasu w warunkach poza- i zawodowych. Profilaktyka techniczna to: zbiorowe ochrony słuchu, na przykład podkładki, amortyzatory, osłony, obudowy, kabiny, ekrany, izolacja, tłumienie dźwięku oraz indywidualne ochronniki słuchu – wkładki, nauszniki i temu podobne środki, co w warunkach zawodowych jest niemożliwe do zastosowania. Natomiast skutecznie można eliminować hałas w ramach profilaktyki organizacyjno-prawnej i „kulturowo-obyczajowej” poprzez ograniczanie czasu i poziomu narażenia na hałas przez eliminowanie niekoniecznych, głośnych rozmów, nawoływań i zachowań, noszenia „głośnego” obuwa – na przykład niezisolowanych gumą drewniaków, trzaskania drzwiami czy przez zastąpienie dzwonka telefonu wibracją; oznakowanie miejsca pracy, kontrolę/informowanie o wielkości narażenia na hałas; przez organizowanie dla pracowników pomieszczenia do wypoczynku i tak dalej. Należy pamiętać, że zakłócanie ciszy i spokoju – jest nie tylko nieetyczne, ale i wykroczeniem. Ponadto, u ciężko chorych słuch zanika ostatni...

2.4.2. Mikroklimat

Istnieje indywidualna wrażliwość ludzi na warunki mikroklimatyczne – temperaturę, wilgotność, ciśnienie i ruch powietrza. Optymalne parametry mikroklimatu to: temperatura powietrza 18–22°C (18–20°C podczas pracy umysłowej; 22°C – w sali operacyjnej); wilgotność – 40%. W pracy zawodowej obowiązuje zakaz zatrudniania ciężarnych przy nagłych wahaniami temperatury (przekraczających 15°C) oraz Rozporządzenie RM w sprawie profilaktycznych posiłków i napojów zobowiązujące pracodawcę do zapewnienia posiłków i napojów pracownikom zatrudnionym między innymi przy pracach związanych z wysiłkiem fizycznym, w warunkach zimnego/gorącego mikroklimatu na stanowiskach pracy, na których temperatura spowodowana warunkami atmosferycznymi przekracza 28°C (na otwartej przestrzeni poniżej 10°C lub powyżej 25°C).

2.4.3. Promieniowanie widzialne/optyczne – światło/oświetlenie

Źródła światła są naturalne i sztuczne – ogólne i miejscowe. Negatywne zjawiska szkodliwe dla oczu, to olśnienie, gwałtowne zmiany/kontrasty oświetlenia, zjawisko stroboskopowe (wrażenie bezruchu u szybko obracającego się elementu). Skutkiem zdrowotnym narażenia na te uciążliwości i szkodliwości jest zmęczenie oczu, obniżenie uwagi, refleksu, zagrożenie urazami, wypadkami. Zapobieganie zagrożeniom oczu polega na poddawaniu się badaniom okulistycznym, unikaniu wymienionych negatywnych zjawisk dla oczu, zachowaniu ostrożności, BHP, stosowaniu ochrony oczu, zapewnienie dostatecznego oświetlenia: w klatkach schodowych, na korytarzach 10–20 lux-ów; przy pracach precyzyjnych – 500–100 lux-ów; nocą i podczas pracy starszych ludzi – do 2500 lux-ów.

2.4.4. Promieniowanie ultrafioletowe/UV

Źródłami promieniowania ultrafioletowego są źródła naturalne – słońce, ozon i sztuczne – na przykład w medycynie: lampy kwarcowe/przeciwbakteryjne; aparatura fizykoterapeutyczna; lasery; spektroskopy; lampy stomatologiczne, solaria. Istnieją liczne przeciwwskazania do korzystania z solarium, zwłaszcza przez dzieci: ograniczanie czasu naświetlania, maksymalnie 30 razy w ciągu roku i 2 zabiegi tygodniowo; stosowanie ochron). Narządami krytycznymi są oko i skóra. Skutkiem narażenia na ultrafiolet jest zapalenie/zmętnienie soczewki, oparzenia termiczne, foto/alergie, nowotwory (zwłaszcza czerniaki – ostatnio obserwuje się drastyczny wzrost zachorowań na nowotwory skóry i, mimo łatwej diagnostyki, dużą śmiertelność spowodowaną słabą zgłaszalnością chorych na badania!).

Zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym (chorobom oczu, skóry, nowotworom) promieniowania optycznego: nadfioletowego/UV, podczerwonego, laserowego – związane jest z profilaktyką medyczną; będą to: badania lekarskie, badanie poziomu biomarkerów (mogących stanowić wczesny wskaźnik choroby nowotworowej); unikanie intensywnego nasłonecznienia (szczególnie w godzinach południowych). Profilaktyką techniczną, są: ochrony osobiste: okulary z filtrem, gogle, rękawiczki, osłony głowy (kapelusze, czapki), odzież ochronna (z włókien naturalnych), ochronne kremy oraz ochrony zbiorowe: ekrany, osłony, oprawy, zewnętrzne (poza kabiną) w/y/łączniki aparatury. Profilaktyka organizacyjno-prawna polega na: ograniczaniu ryzyka, czasu kontaktu/narażenia, kontroli i nadzorze, przestrzeganiu norm/NDN, regulaminów, instrukcji postępowania, stosowaniu napisów ostrzegawczych, szkoleniach, edukacji zdrowotnej.

2.4.5. Promieniowanie mikrofalowe

Źródłami promieniowania mikrofalowego są między innymi telefony komórkowe i kuchenki mikrofalowe. Narządami krytycznymi – oczy i skóra. Skutkami zdrowotnymi narażenia mogą być zaburzenia rytmu serca (telefony mają wpływ

na rozruszniki), prawdopodobnie (brak dotąd pewnych dowodów naukowych) guzy mózgu i jąder. Profilaktyka sprowadza się do: badania lekarskiego, w tym okulistycznego; ograniczania czasu kontaktu – unikania patrzenia na włączoną kuchenkę; zwiększania odległości (trzymanie telefonu z dala od ciała); nierozmawiania w czasie ładowania telefonu (potwierdzone wypadki, w tym śmiertelne).

2.4.6. Promieniowanie elektromagnetyczne/PEM

Źródłem tego czynnika fizycznego są wszelkie włączone urządzenia elektryczne – przemysłowe (na przykład linie energetyczne, stacje telefonii komórkowej), gospodarstwa domowego (sprzęt AGD, RTV), naukowe (generatory), medyczne (rezonans magnetyczny, diatermie, ultradźwięki). Narządy krytyczne to oko i skóra. Badacze podkreślają synergizm: równoczesne narażenie na PEM (także hałas!) i palenie papierosów może powodować nawet 10-krotny wzrost ryzyka zdrowotnego. Skutkami zdrowotnymi narażenia na promieniowanie elektromagnetyczne są zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym – zaburzenia subiektywne (rozdrażnienie, bóle głowy); wegetatywne/”nerwicowe”; guzy mózgu; układzie dokrewnym (tarczyca, gonady); przewaga noworodków płci żeńskiej wśród dzieci osób narażonych; wzrost wad wrodzonych; zmiany w układzie odpornościowym – nowotwory; w układzie krążenia – nadciśnienie, zaburzenia rytmu serca; w układzie krwiotwórczym – białaczki; w skórze – oparzenia termiczne.

Zapobieganie negatywnym skutkom PEM w zakresie profilaktyki medycznej: poddawanie się badaniom profilaktycznym co 4 lata (zalecana przez lekarza zmiana stanowiska pracy ze względu na zagrożenie zdrowia u młodocianych, kobiet w ciąży i karmiących), badaniom specjalistycznym – neurologicznym, okulistycznym, EKG, EEG. Na profilaktykę techniczną składa się: stosowanie ekranów/osłon, stref ochronnych, napisów ostrzegawczych, pomiarów NDN. Profilaktyka organizacyjno-prawna to skracanie czasu na-

rażenia, szkolenia personelu, informowanie użytkowników aparatury, przestrzeganie zasad BHP, obowiązujących przepisów prawnych w sprawie badań NDN; rejestrowanie wykonywanych pomiarów PEM, sprawowanie nadzoru i temu podobne przedsięwzięcia zapobiegawcze.

2.4.7 Promieniowanie jonizujące/RTG

Źródłami tego groźnego czynnika fizycznego są źródła środowiskowe – naturalne, a także medycyna: aparaty RTG, bomby kobaltowe, dentystry, komputery (starszego typu), mammografy, radioizotopy scyntygrafy, tomografy, brachy- i radioterapia, rezonans magnetyczny. Narządami krytycznymi są oko, skóra oraz cały organizm. Skutki zdrowotne narażenia na promieniowanie jonizujące to: katarakta; zmiany termiczne skóry; zespół popromienny; mutacje genów, zarodków (niekoniecznie w pierwszym pokoleniu!); białaczka; nowotwory (płuca, kości, wątroby, jelita, gonady i tak dalej). Zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym promieniowania RTG sprowadza się do: 1. profilaktyki medycznej; będą to: badania lekarskie: profilaktyczne (co 3 lata); pomocnicze: morfologia z rozmazem; specjalistyczne: okulistyczne, dermatologiczne, ortopedyczne oraz monitorowanie/pomiary: dozymetria indywidualna i środowiskowa; 2. profilaktyki technicznej: środki ochrony indywidualnej: okulary, rękawice, fartuchy (uwaga – chronić szyję ze względu na narażoną tarczycę!) i zbiorowej: ekrany, szyby, osłony; 3. profilaktyki organizacyjno-prawnej: przepisy prawne, a także inne przedsięwzięcia: zatrudnianie osób z uprawnieniami do tej pracy, ograniczanie czasu narażenia, oznakowanie/sygnalizowanie stref niebezpiecznych, schematy postępowania, szkolenia, dokumentowanie, kontrolowanie i tak dalej.

W Tabeli 5. zawarto podsumowanie ww. czynników fizycznych powtarzając główne rodzaje i sposoby profilaktyki mającej na celu zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym narażenia na różnego rodzaju promieniowania.

Tabela 5. Zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym narażenia na promieniowanie ultrafioletowe/UV, mikrofalowe, elektromagnetyczne/EM, jonizujące/RTG

profilaktyka medyczna	profilaktyka organizacyjno-prawna	profilaktyka techniczna
Badania profilaktyczne: ogólne, EKG, EEG dermatologiczne, okulistyczne	Dokumentowanie pracy Edukacja – szkolenia pracowników Środki, znaki ostrzegawcze	Środki ochrony: – zbiorowej: ekranowanie materiały nieodbijające światła wyłączenie zbędnej aparatury nieprzeprzewodzącej aparatury oddzielne pomieszczenia, odpowiednie odległości podkładki sprawna aparatura sygnalizacja ostrzegawcza uziemianie, wentylacja, wietrzenie zewnętrzne włączniki -
Dozymetria – osobista (pomiar dawek indywidualnych), – środowiskowa	Ograniczanie czasu ekspozycji Zakaz zatrudniania ciężarnych, młodocianych, alergików	– indywidualnej: środki ochrony osobistej, odzież naturalna
Zdrowy styl życia: unikanie nałogów, ograniczenie opalania, ochrona oczu i skóry, suplementacja witamin A, E, C	Przepisy prawne***: Rozporządzenie MZIOS w sprawie badań profilaktycznych pracowników, Rozporządzenie MPPS w sprawie NDS/ /NDN w środowisku pracy, Rozporządzenie MZ w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy	

*Przepisy prawne dotyczące czynników biologicznych w środowisku pracy:

1. Kodeks pracy – art. 237¹⁰: §1. Pracodawca jest obowiązany zapewnić, aby środki ochrony indywidualnej oraz odzież i obuwie robocze, które w wyniku stosowania w procesie pracy uległy skażeniu środkami chemicznymi lub promieniotwórczymi albo materiałami biologicznie zakaźnymi były przechowywane wyłącznie w miejscu przez niego wyznaczonym. §2. Powierzenie pracownikowi prania, konserwacji, odpylania i odkażania przedmiotów, o których mowa, jest niedopuszczalne;

2. Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi: 2008.234.1570; 2009.76.641; 2010.107.679;

3. Rozporządzenie MZ w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki: 2005.81.716; 2008.4.5 i 2008.48.288;

4. Rozporządzenie MZ w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych: 2011.182.1086;

5. Rozporządzenie MZ w sprawie wykazu stanowisk pracy oraz szczepień ochronnych wskazanych do wykonania pracownikom podejmującym pracę lub zatrudnionym na tych stanowiskach: 2005.250.2113;

6. Rozporządzenie RM w sprawie wykazu czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, podejmujących lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności: 2012.40;

7. Rozporządzenie MZ w sprawie badań do celów sanitarno-epidemiologicznych: 2006.25.191;

8. Rozporządzenie MZ w sprawie wykazu czynników chorobotwórczych oraz stanów chorobowych spowodowanych tymi czynnikami, którymi zakażenie wyklucza wykonywanie niektórych prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby: 2006.132.928;

9. Rozporządzenie MZ w sprawie wykazu prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby: 2006.133.939;

10. Rozporządzenie MZ w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych: 2010.100.646;

11. Rozporządzenie MZ w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych: 2010.108.706;

12. Rozporządzenie MZ w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi: 2010.139.940;

13. Rozporządzenie RM w sprawie chorób zawodowych: 2009.105.869 i 2012.662; 13. Rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych dla celów przewi-

dzianych w Kodeksie pracy: 1996.69.332; 1997.60.375; 1998.159.1057; 2001.37.541; 2010.240.1611 i 2011.88.503.

**Przepisy prawne dotyczące czynników chemicznych i rakotwórczych:

1. Rozporządzenie MZ w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy: 2011.33.166;

2. Rozporządzenie MiPS w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy: 2002.217.1833; 2005.212.1769; 2007.161.1142; 2009.105.873 i 2010.141.950;

3. Rozporządzenie w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy: 2012.890;

4. Rozporządzenie MZiOS w sprawie BHP przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytotatycznych w zakładach opieki zdrowotnej: 1996.80.376 i 2000.79.897

***Przepisy prawne dotyczące czynników fizycznych:

1. Rozporządzenie RM w sprawie profilaktycznych posiłków i napojów: 1996.60.279;

2. Rozporządzenie MGIP w sprawie BHP przy pracach związanych z narażeniem na hałas i drgania mechaniczne: 2005.157.1318;

3. Rozporządzenie MPiPS w sprawie BHP przy pracach związanych z ekspozycją na promieniowanie optyczne: 2010.100.643 i 2012.787;

4. Ustawa Prawo atomowe: 2007.42.276;

5. Rozporządzenie RM w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych: 2007.131.913.

6. Rozporządzenie MZiOS w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy - 1996.69.332; 1997.60.375; 1998.159.1057; 2010.240.1611; 2011.88.503.

7. Rozporządzenie MZ w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy: 2011.33.166.

8. Rozporządzenie MPiPS w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy. 2002.217.1833; 2005.212.1769; 2007.161.1142; 2009.105.873 i 2010.141.950.

mgr piel. Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz
specjalista medycyny społecznej
i specjalista pielęgniarstwa
w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących

powoduje stridor wdechowy. Świsty wydechowe świadczą o niedrożności na poziomie dolnych dróg oddechowych. Inne charakterystyczne dźwięki wydobywające się z dróg oddechowych to np.:

- bulgotanie wywołane obecnością płynnej lub półpłynnej treści w górnych drogach oddechowych,
- chrapanie, które powstaje gdy podniebienie miękkie lub nagłośnia częściowo zamykają gardło,
- pianie, świadczące o kurczu głośni.

U pacjentów z zachowanym napędem oddechowym całkowita niedrożność dróg oddechowych powoduje paradoksalne ruchy klatki piersiowej i brzucha, często opisywane jako „kołysanie”. Podczas gdy pacjent wykonuje wdech, klatka piersiowa zapada się, a nadbrzusze unosi; przeciwnie w czasie wydechu, co kontrastuje z normalnym torem oddychania, polegającym na synchronicznym, w stosunku do klatki piersiowej, unoszeniu się i opadaniu nadbrzusza (popychanego przez przeponę). Gdy drogi oddechowe są niedrożne, uruchomione zostają dodatkowe mięśnie oddechowe – szyi i obręczy barkowej – pomagające unieść klatkę piersiową. Aby rozpoznać paradoksalne ruchy oddechowe, które można pomylić z normalnym oddychaniem, należy dokładnie zbadać szyję, klatkę piersiową i brzuch. W skład badania musi wejść osłuchiwanie, gdyż brak szmerów oddechowych wiarygodnie potwierdza całkowitą niedrożność dróg oddechowych. Każde głośnie oddychanie wskazuje na częściową niedrożność dróg oddechowych. W czasie bezdechu, przy braku spontanicznych ruchów oddechowych, całkowitą niedrożność rozpoznaje się, gdy nie można wprowadzić powietrza do płuc przy próbie wentylacji dodatnim ciśnieniem. Jeżeli drożność dróg oddechowych nie zostanie przywrócona w bardzo krótkim czasie, może dojść do uszkodzenia mózgu i innych ważnych dla życia narządów, a nawet do zatrzymania krążenia.

Objawy kliniczne niedrożności dróg oddechowych to: kaszel, chwytanie się za szyję, gestykulowanie wskazujące na problemy z oddychaniem, czy zakrztuszenie, wydawanie odgłosów chrapania, charczenia, chryпка, duszność, sinica, wdechowe ustawienie klatki piersiowej, niepokój, pobudzenie, utrata przytomności, zatrzymanie oddechu.

Niedrożność dróg oddechowych może być łagodna i dlatego łatwo ją przeoczyć nawet przez pracowników służby zdrowia. Zapewnienie ich drożności stanowi podstawę leczenia ratunkowego osób z ostrą niewydolnością oddechową i warunek niezbędny do przywrócenia u nich efektywnej wentylacji płuc. Rozpoczyna się od metod bezprzyrządowych, tzw. „rękoczynu potrójnego” tj. odgięcia głowy, uniesienia i wysunięcia żuchwy („pozycji neutralnej” u niemowląt, „węszczenia” u dziecka), a w razie ich nieskuteczności wprowadza się metody i techniki bardziej zaawansowane (przyrządowe) – np. założenie rurki ustno- i/lub nosowo-gardłowej, rurki krtaniowej (LT – Laryngeal Tube), rurki około krtaniowej (PLA – Peri Laryngeal Airway), obturatora przełykowego (ETC – dwuświatłowa rurka Combitube), maski krtaniowej

(LMA – Laryngeal Mask Tube), czy też rurki intubacyjnej, po uprzednim dobraniu odpowiedniego rozmiaru dla danej grupy wiekowej. Zdarza się, że pacjenta który nie oddycha nie udaje się wentylować workiem samorozprężalnym i maską twarzową, ani zaintubować czy wprowadzić inny przyrząd do udrażniania dróg oddechowych. Może się to zdarzyć u osób z dużym urazem twarzy albo niedrożnością na poziomie krtani wywołaną obrzękiem czy ciałem obcym. W tych okolicznościach dostarczenie tlenu za pomocą nakłucia igłą (konikopunkcji) albo chirurgicznego przecięcia błony pierścienno-tarczowej (konikotomii), jest ostatnią szansą, może uratować życie człowieka, zwłaszcza w ekstremalnych warunkach. W warunkach doraźnych tracheotomia jest przeciwwskazana, ponieważ wymaga zbyt dużo czasu, a także odpowiedniego chirurgicznego przeszkolenia i sprzętu, zabieg wykonywany jest jedynie przez lekarza. Chirurgiczna konikotomia umożliwia udrożnienie dróg oddechowych do czasu wykonania intubacji czy tracheotomii. Konikopunkcja natomiast jest tymczasowym sposobem zapewnienia oksygenacji. Wentylacja tym sposobem wiąże się z ryzykiem barotraumy i może być nieskuteczna, szczególnie u pacjentów z urazem klatki piersiowej. Zawodzi również z uwagi na możliwość zaginania się kaniuli i jest niewygodna w czasie transportu.

Konikopunkcję, czyli przeskórne nakłucie więzadła pierścienno-tarczowego wykonuje się przy użyciu igły, kaniuli typu wenflon lub najlepiej zestawu MiniTrach lub QuickTrach w linii pośrodkowej ciała, w dolnej części więzadła pierścienno-tarczowego, pomiędzy chrząstką tarczową a pierścieniową krtani. QuickTrach jest jednorazowym, sterylnym zestawem ratunkowym pozwalającym uzyskać szybki dostęp do tchawicy pacjenta. Założenie tego urządzenia nie wymaga nacięcia skóry, a specjalna konstrukcja rękojeści zabezpiecza przed uszkodzeniem tylnej ściany tchawicy w momencie wkłucia. Występuje w rozmiarach dla dzieci (od 2–10 lat) oraz dla dorosłych (powyżej 10 lat). Po wykonaniu nakłucia lub nacięcia w otworze umieszcza się odpowiednią kaniulę o jak największym świetle, którą należy odpowiednio zabezpieczyć i unieruchomić. Zalecany czas tlenoterapii tą metodą to jedynie 30–45 minut.

Zestaw do wykonania konikopunkcji:

- kaniula do konikopunkcji lub wenflon 16–18G
- strzykawka jednorazowa około 5–10 ml
- 0,9% roztw. Na Cl 2-3 ml lub 2% roztw. Lidocainy (opcjonalnie)
- źródło tlenu
- układ drenów doprowadzających tlen pod wysokim ciśnieniem dodatnim 50 psi (3 atm), u dzieci 30 psi
- zastawka w układzie drenów (zastawka stała, łącznik Y lub kranik trójkanałowy)
- zestaw „Mini-trach” z mankietem uszczelniającym, „Quick-trach” bez mankieta



Quick-trach



Mini-trach

Zestaw do konikopunkcji – Quick-trach (technika pojedynczego wkłucia bez nacięcia skalpelem):

- dzieci: kaniula 2.0 mm, dorośli: kaniula 4.0 mm (bez mankieta)
- przewodnica
- strzykawka około 10 ml
- pasek mocujący (tasiemka)
- mankiety uszczelniające
- rurka (złączka)
- quick-trach Mini-trach

Wskazania do konikopunkcji:

- Przedłużająca się niedrożność na poziomie więzadeł głosowych
- Niemożność udrożnienia dróg oddechowych w jakikolwiek inny sposób (zawodność intubacji dotchawiczej i innych nadgłośniowych technik udrażniania dróg oddechowych)
 - Obrzęk krtani (pacjent nie reaguje na tlenoterapię bierną i czynną)
 - Ciężki uraz twarzoczaszki, uniemożliwiający wentylację
 - Obecność ciała obcego w górnych drogach oddechowych

Przeciwwskazania do wykonania konikopunkcji:

- Wiek do 5–12 r. ż. i skaza krwotoczna (przeciwwskazanie względne) – należy pamiętać, iż u dzieci więzadło pierścienno-tarczowe jest krótkie, a u niemowląt praktycznie nie istnieje, nie można więc nawet operacyjnie wykonać jego nacięcia (preferowana konikotomia)
 - Brak możliwości zlokalizowania więzadła pierścienno-tarczowego (np. masywny obrzęk szyi)
 - Uszkodzenie krtani i tchawicy
 - Ciało obce w okolicy głośni
 - Urazy klatki piersiowej
 - Brak doświadczenia w wykonaniu zabiegu (przeciwwskazanie względne)
 - Możliwość wykonania intubacji dotchawiczej lub zastosowania innych metod przywracania drożności dróg oddechowych

Powikłania i niebezpieczeństwa konikopunkcji

- Przesunięcie się igły (błędne wprowadzenie kaniuli do śródpiersia)
 - Odma podskórna spowodowana nieprawidłowym położeniem cewnika
 - Krwawienie do światła dróg oddechowych lub krwiak

- Nakłucie tętnicy pierścienno-tarczowej
- Perforacja przełyku lub wprowadzenie do niego igły
- Uszkodzenie krtani lub tchawicy wywołany wprowadzeniem igły
 - Niewystarczająca wentylacja – niedotlenienie pacjenta (asfiksja)
 - Uraz ciśnieniowy (barotrauma) – odma śródpiersia, worka osierdziowego, płucna, odma prężna
 - Wprowadzenie zakażenia

Zalecane postępowanie ratownicze w przypadku niedrożności dróg oddechowych:

- Rozpoznaj problem z oddychaniem (ocena oddechu wg zasady „słuchaj, patrz i czuj”)
- Zbadaj pacjenta (zbierz wywiad, oglądaj, osłuchaj i opukaj klatkę piersiową)
- Badając jednocześnie podaj tlen w dużym stężeniu i o dużym przepływie (być może będzie wymagana nebulizacja)
 - Nie zwlekaj z wdrożeniem wentylacji zastępczej jeśli stan pacjenta pod wpływem tlenoterapii biernej nie ulega poprawie



A – Ratunkowe udrożnienie dróg oddechowych za pomocą zaawansowanej techniki przyrządowej – założenie maski krtaniowej (LMA)
 B – Punkcja więzadła pierścienno-tarczowego z użyciem igły ratunkowej z jednoczesną aspiracją powietrza za pomocą dołączonej strzykawki, przed podłączeniem do źródła tlenu (technika pojedynczego wkłucia – szybki dostęp do tchawicy!)

- W przypadku konieczności rozważ jaką najlepiej znaną Ci metodę zastosujesz do udrożnienia dróg oddechowych pacjenta (nie zwlekaj)!

Wykonanie konikopunkcji z uwzględnieniem wieku i budowy ciała uszkodzonego oraz obowiązujących zasad:

- Przygotować sprzęt do prowadzenia efektywnej wentylacji oraz do wykonania zabiegu
- Wlenflon 16 G/14 G (lub cewnik na igle z zestawu fabrycznego) podłączyć do strzykawki o objętości 5 ml wypełnionej 0,9% roztw. NaCl (1–2 ml)
 - Przygotować i prawidłowo ułożyć pacjenta w pozycji z odgiętą głową (sposób ułożenia ma ogromne znaczenie, zdecydowanie ułatwia lokalizację miejsca wykonania zabiegu)
 - Ustabilizować krtań niedominującą ręką, chwytając kciukiem i palcem środkowym chrząstkę tarczową po obu stronach
 - Zidentyfikować miejsce nakłucia więzadła pierścienno-tarczowego palcem wskazującym
 - Jeśli czas i stan pacjenta pozwalają, zdezynfekować skórę na przedniej części szyi pacjenta nad więzadłem pierścienno-tarczowym roztworem antyseptyku i pozostawić do wyschnięcia
 - Nakłuć więzadło na głębokość 1,5 do 2 cm z jednoczesną aspiracją powietrza
 - Skierować kaniulę do skóry nad więzadłem pod kątem 90° a następnie po nakłuciu więzadła zmienić kąt wprowadzenia kaniuli na 45° w kierunku doogonowym
 - Dalej wprowadzić kaniulę do światła krtani z jednoczesnym usuwaniem mandrynu. Jeśli w strzykawce znajduje się Lidocaina, można ją wstrzyknąć w tym momencie zmniejszając błonę śluzową krtani, co zapobiega wystąpieniu odruchu kaszlowego u pacjenta przytomnego
 - Ponownie zaaspirować powietrze przez dołączoną strzykawkę (pęcherzyki powietrza w czasie podciągania tłoka strzykawki wskazują na prawidłowe umieszczenie kaniuli w świetle tchawicy)
 - Połączyć kaniulę z łącznikiem Y lub workiem samorozprężalnym z źródłem tlenu (łącznik rurki dotchawiczej o średnicy 3,0 mm jest kompatybilny z cewnikiem, wentylacja taka jest mniej skuteczna niż w przypadku podłączenia do źródła tlenu o wysokim ciśnieniu)
 - Wstrzymać przepływ tlenu gdy stwierdzi się uniesienie klatki piersiowej i szmery oddechowe (za pomocą palca w rękawiczce lub zmiany kierunku przepływu tlenu w kraniku trójdrożnym)
 - Zastosować rurkę ustno – i/lub nosowo-gardłową oraz manewr wysunięcia żuchwy
 - Rozpocząć natlenianie pacjenta lub jego wentylację w stosunku wdechu do wydechu (I: E) 1:3 lub 1:4 w celu zapewnienia odpowiedniego czasu na bierny wydech i uniknięcia urazu ciśnieniowego
 - Za pomocą tasiemki umocować kaniulę w miejscu wkłucia wokół szyi chorego

- Mocno ucisnąć miejsce wkłucia, aby zredukować niewielką ilość odmy podskórnej, jaka powstaje na ogół po zastosowaniu tej techniki

- Monitorować stan zdrowia uszkodzonego, ze szczególnym uwzględnieniem układu oddechowego
- Ocenić objawy kliniczne skutecznej oksygenacji
- Rozpoznać objawy barotraumaty (pacjenci z urazem klatki piersiowej)
- Kontrolować pulsoksymetrię

Podsumowując, pacjent w stanie zagrożenia życia jest pacjentem szczególnym. Od szybkiego rozpoznania i włączenia działań zależy w dużej mierze przeżycie chorego. Pielęgniarki/pielęgniarze systemu, pracujący „na pierwszej linii”, odgrywają więc znaczącą rolę w udzielaniu pierwszej pomocy, w warunkach przedszpitalnych podejmując medyczne czynności ratownicze. Wyznacznikiem jest nagłość stanu, liczą się czas, sprawność działania i współdziałania z pozostałymi członkami zespołu wyjazdowego, zakres odpowiedzialności zawodowej, kompetencji i uprawnień. W związku z powyższym kształcenie grupy pielęgniarek/pielęgniarzy systemu jest ogromnie ważne, opiera się na opracowanych ramowych programach kursów specjalistycznych w zakresie m.in. wykonania konikopunkcji, odbarczania odmy prężnej oraz wykonania dojścia doszpikowego celem podania leków w stanach nagłego zagrożenia życia (NR 05/08. Tworzenie programów kształcenia to nie tylko odpowiedź na wymogi dyktowane normatywnie, to również efekt ścisłej współpracy ze środowiskiem zawodowym pielęgniarek i położnych realizujących swoje funkcje zawodowe na różnych stanowiskach pracy.

mgr Elżbieta Janiszewska
 specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, Instytut CZMP, Łódź

Literatura:

1. Zawadzki A., Medycyna ratunkowa i katastrof. Warszawa, PZWL 2011.
2. Cline D.M. i wsp.: Medycyna ratunkowa. Urban and Partner, Wrocław 2007.
3. Jurczyk W., Łakomy A. (red.): Pierwsza pomoc w stanach zagrożenia życia. FHU G. Słomczyński, Kraków 2004.
4. Plantz S.H., Adler J.N.: Medycyna ratunkowa. Urban and Partner, Wrocław 2000.
5. Rasmus A., Gaszyński W.: Medycyna ratunkowa i medycyna katastrof. Wyd. UM, Łódź 2004.
6. Jakubaszko S.: Ratownik medyczny. Górnicki Wyd. Med., Wrocław 2003.
7. Orebaugh S. L.: Atlas technik i metod zabezpieczania dróg oddechowych. Elsevier Urban and Partner, Wrocław 2011.
8. Jakubaszko J.: ABC postępowania w urazach. Wydawnictwo Górnicki, Wrocław 2003.
9. Campbell J. E.: Basic Trauma Life Support dla paramedyków i ratowników medycznych. Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.
10. Jakubaszko J.: Procedury kliniczne w medycynie ratunkowej. Elsevier Urban and Partner, Wrocław 2010.
11. Orebaugh S. L.: Atlas technik i metod zabezpieczania dróg oddechowych. Elsevier Urban and Partner, Wrocław 2011.
12. Fred M.Henretig., Christopher King: Textbook of Pediatric Emergency Procedures. William and Wilkins, 1997.

24 marca 🐻 Światowy Dzień Walki z Gruźlicą

Cywilizacja rozwija się, przychodzą nowe pokolenia, medycyna ciągle zaskakuje nas nowościami a ludzkość nadal zмага się z jedną z najgroźniejszych chorób zakaźnych – gruźlicą. Każdego roku na gruźlicę w świecie zachoruje ponad 8 mln ludzi, a ponad 2 mln z nich umiera. Spowodowane jest to poniekąd rozwojem cywilizacji.

Zakażenie prątkiem gruźlicy jest powszechne, ponieważ dotyczy około 30% całej populacji naszego globu. Jednak tylko u 5–10% dojdzie do rozwoju choroby. Największe ryzyko gruźlicy występuje w ciągu pierwszych 2–3 lat po zakażeniu.

Szybki rozwój gruźlicy następuje na skutek żywiołowej migracji ludności, którzy w pogoni za pracą zmieniają swoje miejsce zamieszkania nie tylko w obrębie swojego kraju ale także innego państwa. W ostatnich latach można zaobserwować dużą migrację na Wyspy Brytyjskie, które stały się oazą różnych narodowości. To niezwykle niepokojące zjawisko epidemiologiczne.

Kolejną ważną cechą charakteryzującą nasilenie się zakażeń gruźlicy jest szerzące się bieda, narkomania i zakażenia HIV. Zachorowania występują zarówno w krajach biednych – afrykańskich i azjatyckich jak i w krajach Europy i Ameryki.

W Polsce mimo, że obserwuje się spadek zapadalności na gruźlicę, to jednak sytuację epidemiologiczną także należy uznać za wysoce niepokojącą.

Poważne zagrożenie dla Polski stanowią imigranci z krajów, takich jak Ukraina, Rosja czy Rumunia. W krajach tych zapadalność na gruźlicę jest nadal duża a w Rosji ciągle zwiększa się. Występuje tam wysoka pierwotna oporność na leki przeciwprątkowe. Zjawisko to wynika z niewłaściwego leczenia.

Stąd stała obserwacja wskaźników epidemiologicznych i stosowanie w całym kraju Narodowego Programu Zwalczania Gruźlicy, zalecanego przez WHO.

Zakażenie prątkiem gruźlicy nie jest równoznaczne z zachorowaniem na gruźlicę jakkolwiek jest ono zjawiskiem koniecznym aby doszło do wystąpienia choroby. Źródłem zakażenia prątkiem gruźlicy jest obficie prątkujący chory, to jest taki, który wydała prątki wykrywane metodą rozmazu. Ocenia się, że jeden tak prątkujący chory zaraża najczęściej przed wdrożeniem leczenia przeciwprątkowego około 10 osób.

Gruźlicę wywołują prątki należące do *Mycobacterium tuberculosis complex*, wśród których znajdują się: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. microti*, *M. africanum*, *M. canettii* oraz *M. bovis BCG*.

W gruźlicy płuc poszukujemy prątków w materiałach tj

- płwocina,
- popłuczyny krwawe
- bronchoaspirat, wymaz szczoteczkowy, oligobiopsja (pobrany materiał w czasie badania bronchoskopowego).

Do klasycznych metod wykrywania prątków gruźlicy należą: bakterioskopia czyli metoda rozmazu i hodowla. Jest to metoda diagnostycznie dostępna i tania. Jednak ostateczny wynik otrzymuje się dopiero po 8 tygodniach.

Do bardziej zaawansowanej zaliczamy metodę BAC-TEC, używaną do badania materiałów skąpoprątkowych, takich jak: płyn z opłucnej, płyn mózgowo-rdzeniowy także płwocina u chorych z niewielkimi zmianami w płucach. Nowoczesną metodą jest również metoda genetyczna. Aby choroba zaistniała musi zaistnieć wiele czynników, nie u wszystkich zakażonych dochodzi do rozwoju choroby. Zjawisko to opisał Robert Koch. Jedynie niewielki % (5–10) zakażonych zachoruje na gruźlicę, a 20–30 % osób narażonych na stałą ekspozycję (personel medyczny) ulegnie zakażeniu.

Na przebieg kliniczny gruźlicy wpływają:

- odporność makroorganizmu
- wiek
- nabyta i genetyczne niedobory odporności
- szczepienia BCG
- umiejscowienie się prątka w organizmie

Najczęściej gruźlica dotyka układ oddechowy (5 % wszystkich przypadków), rzadziej inne narządy, takie jak nerki, kości, jelita, ośrodkowy układ nerwowy.

Gruźlicę dzielimy na:

- pierwotną, pojawia się u osób które nie miały kontaktu z prątkiem i nie wykształciły odporności, dużą grupę stanowią dzieci i osoby młode.
- popierwotną, powstaje po przebyciu gruźlicy pierwotnej. Zmiany gruźlicze powstają powoli i choroba ma charakter przewlekły.

Objawy gruźlicy

Uzależnione są od lokalizacji narządowej gruźlicy. Gruźlicy płuc często towarzyszą nudności, utrata apetytu, poka-

sływanie, chudnięcie, nocne poty. Najczęstszym objawem jest trwający powyżej 3 tygodni kaszel, najpierw suchy, a potem wilgotny z wykrztuszaniem śluzowej lub ropnej wydzieliny. Niekiedy występuje krwioplucie. Duszność pojawia się w zaawansowanych postaciach gruźlicy, w których może dojść do niewydolności oddechowej.

Objawy gruźlicy pozapłucnej charakterystyczne są co do miejsca występowania:

- nerki, występują zaburzenia oddawania moczu,
- kości i stawów, występuje ból, obrzęk zaburzenia ruchomości stawów,
- ośrodkowego układu nerwowego, bardzo groźna postać prowadzi do zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych,
- układ pokarmowy, rozwija się skrycie objawia się bólem brzucha, stanem podgorączkowym, wymiotami, biegunkami itp.

Obraz radiologiczny (RTG klatki piersiowej)

W gruźlicy pierwotnej występują zmiany o charakterze zagęszczeń w środkowych i dolnych polach płucnych, z powiększeniem węzłów chłonnych wnek i przytchawicznych. Natomiast w popierwotnej zagęszczenia pojawiają się głównie w segmentach szczytowych i tylnych górnych płatów płuc oraz w segmentach górnych płatów dolnych. Niekiedy zmiany naciekowe mogą przybierać postać cieni okrągłych, co wynika z otorbienia mas serowatych (tzw. gruźliczak).

Leczenie

Przy podejrzeniu gruźlicy obowiązuje natychmiastowe włączenie wielolekowej terapii przeciwgruźliczej i kortykoidów. Do najważniejszych leków przeciwprątkowych zaliczamy: izoniazyd (INH), ryfampicina (RMP), pirazynamid (PZA), streptomycyna (SM), etambutol (EMB), protionamid, teryzyd.

Wstępna faza leczenia obejmuje skojarzoną terapię trzema lub czterema lekami przeciwgruźliczymi przez 2–3 miesiące. Leczenie podtrzymujące kontynuuje się do 1 roku. W przypadku nie powikłanej gruźlicy leczenie można skrócić do 6 miesięcy. Lek dawkuje się dostosowując do wagi ciała chorego. Stosuje się jednocześnie 2–3 leki, na które prątki uzyskane od chorego są wrażliwe. Leczenie powinno być nadzorowane w warunkach szpitalnych, po ustaniu prątkowania około 4–6 tygodnia, można wprowadzić leczenie w warunkach ambulatoryjnych u chorych zdyscyplinowanych, mających dobre warunki życiowe.

W fazie wstępnej leczenia obowiązuje cotygodniowe badanie płwociny i wykonanie testów laboratoryjnych, później co 4–8–12 tygodni. W celach profilaktycznych stosuje się szczepionkę BCG. Chorzy nie prątkujący po odbytych leczeniu szpitalnym, a nadal objęci leczeniem ambulatoryjnym mogą wykonywać pracę lekką.

Rokowanie

Bez leczenia jest to choroba śmiertelna. Wczesne rozpoznanie i konsekwentne leczenie obciążone jest niewielkim bo 0–3 % ryzykiem nawrotu choroby, głównie w ciągu pierwszych 5 lat. Niepomyślnie rokują chorzy powyżej 60 roku życia z nie leczonymi ropniakami, perforacjami klatki piersiowej i innymi schorzeniami oskrzelowo-płucnymi. Gruźlica dobrze prowadzona prowadzi do wyleczenia.

Zapobieganie

Zapobiegać gruźlicy można właściwie lecząc osoby prątkujące, prowadząc je w warunkach szpitalnych pod nadzorem epidemiologicznym.

Następną formą zapobiegania tbc są szczepienie BCG wg kalendarza szczepień.

Do metod zapobiegania gruźlicy należy również leczenie profilaktyczne – podaje się osobie klinicznie zdrowej zakażonej prątkiem gruźlicy jednego lub więcej leków przeciwprątkowych w celu przeciwdziałania rozwojowi choroby.

Do zadań pielęgniarki należy przede wszystkim edukacja nie tylko pacjenta ale i całego społeczeństwa. Każdy człowiek musi sobie uzmysłowić, że jego postawa ma wpływ na innych ludzi i np. gdy kicha lub kaszle powinien zatykać sobie usta, zachowanie to ograniczy zakażenia drogą kropelkową. Pielęgniarka może także brać udział w profilaktycznych szczepieniach ochronnych i w wykonywaniu prób tuberkulinowych. W szpitalu największy kontakt z pacjentem ma pielęgniarka. Znając objawy i grupy ludzi szczególnego ryzyka pielęgniarka poprzez wywiad i obserwację chorego może niekiedy wychwycić pewne oznaki choroby. Pielęgniarka w swoich obserwacjach może zwrócić uwagę na to czy chory kaszle, jakiego rodzaju jest ten kaszel, czy występuje duszność u pacjenta.

Pielęgniarka bierze udział w badaniach diagnostycznych: pobiera np. płwocinę na posiew lub też krew na posiew i gazometrię oraz asystuje przy badaniu np. bronchoskopowym lub spirometrycznym.

Gruźlica to groźna choroba i należy z nią walczyć. Nigdy nie wiemy gdzie i kiedy możemy ulec zakażeniu, jedyne co nam zostaje to dbanie o higienę własną i otoczenia, dobry odpoczynek i prawidłowe odżywianie.

Dane Autorki zastrzeżone do wiadomości Redakcji

Literatura:

1. Grzelewska-Rzymowska I.: *Gruźlica płuc*. Wydawnictwo Sesja. Łódź 2003.
2. Endres P.: *Pneumonologia Praktyczna*. Gdańsk 1999.
3. Szczeklik A.: *Choroby wewnętrzne 2010*. Kraków 2010.

KOMPRESJOTERAPIA kurs specjalistyczny dla pielęgniarek

MAŁGORZATA ANDRZEJCZAK

Kurs specjalistyczny w zakresie „Kompresjoterapii” dla pielęgniarek rozpoczął się w dn. 15.11.2012 r. w Bydgoszczy. Trwał 15 dni i zakończył się egzaminem w dniu 14.12.2012 r.

Organizatorem kursu była ORPiP w Bydgoszczy pod kierownictwem naukowym Pani Profesor Marii Teresy Szewczyk.

Celem organizatorów było przygotowanie pielęgniarek do zastosowania kompresjoterapii profilaktycznej i leczniczej adekwatnie do wskazań. Zgodnie z obowiązującymi standardami profilaktyka i leczenie chorób żył o różnym stopniu zaawansowania, w tym owrzodzeń żylnych czy obrzęków limfatycznych, powinny mieć charakter wielokierunkowy. Podstawową metodą stosowaną w profilaktyce i leczeniu chorób żył jest kompresjoterapia uznana za „złoty standard” postępowania.

Zajęcia teoretyczne, ćwiczenia w warunkach symulowanych i zajęcia praktyczne odbyły się w Szpitalu Uniwersyteckim Nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy.

Decyzją Zarządu Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran była podjęta uchwała o jednorazowej refundacji (80%) kosztów szkolenia dla jednej pielęgniarki z każdego województwa. Pozostałe koszty uczestnik pokrywał sam. Osobą wytypowaną z naszego województwa byłam ja.

Jest mi ogromnie miło, że nasza OIPiP w Łodzi jest prężnym ośrodkiem szkoleniowym. Na naszym terenie organizuje się bardzo dużo kursów szkoleniowych, kwalifikacyjnych, specjalistycznych itp., ale nie zamykamy się we własnym województwie. Kurs specjalistyczny „Kompresjoterapia dla pielęgniarek” jest tego przykładem. Tylko dzięki opiece i wsparciu finansowemu naszej OIPiP w Łodzi mogłam uczestniczyć w tak prestiżowym i perspektywicznym szkoleniu. Wiedzę, którą zdobyłam będę starała się wykorzystać w pracy, jak również przekazać szerszemu gronu pielęgniarek i położnych. Dziękuję.

Podsumowując, kurs był bardzo ciekawy i profesjonalnie przygotowany.

Małgorzata Andrzejczak
Oddział Chirurgii Gastroenterologicznej,
Onkologicznej i Ogólnej
USK nr 1 im. N. Barlickiego, Łódź

V Konferencja Kardio-Prenatal

“Diagnostyka prenatalna w specjalistycznym szpitalu pediatricznym”

Jest mi niezmiernie miło zaprosić Państwa do uczestnictwa w Konferencji Kardio-Prenatal „Diagnostyka prenatalna w specjalistycznym szpitalu pediatricznym”, których inicjatorem jest pani prof. dr hab. n. med. Maria Respondek-Liberska z Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

Patronat nad konferencją objęło Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Kardiologii Prenatalnej, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi oraz Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne. Konferencja ma charakter ogólnopolski i odbędzie się 17 maja 2013 w Łodzi w Golden Floor University Business Park, ul. Wólczńska 178 w Łodzi.

Program konferencji

- ✓ Ogólnopolski Rejestr Problemów Kardiologicznych u Płodu
- ✓ Dlaczego wady wrodzone nie powinny się rodzić przedwcześnie
- ✓ Konsylium perinatalne
- ✓ Miejsce i rola hospicjum dla noworodków z wadami wrodzonymi
- ✓ Grupy wsparcia rodziców i ich stowarzyszenia
- ✓ Zabiegi wewnątrzmaciczne w krytycznej stenozie aortalnej.
- ✓ Farmakologiczne przygotowanie płodów z krytyczną stenozą aortalną do porodu i plastyki balonowej w pierwszej dobie życia (bez zabiegu in utero).
- ✓ Strategiczny podział wad serca płodu a organizacja pracy na sali porodowej.
- ✓ Zapłodnienie in vitro a wyniki badań echokardiograficznych płodu.
- ✓ Prenatalna diagnostyka niedrożności przewodu pokarmowego a postępowanie u noworodka.
- ✓ Prenatalna diagnostyka anomalii klatki piersiowej (CCALM, sekwestracja) a postępowanie u noworodka.
- ✓ Zabiegi wewnątrzmaciczne u płodu z założeniem shuntu a postępowanie u noworodka.
- ✓ Dokumentacja neonatologiczna u pacjentów po diagnostyce prenatalnej.
- ✓ Prewencja epilepsji po diagnostyce prenatalnej.
- ✓ Diagnostyka prenatalna zespołów naśladujących zespół Downa.
- ✓ Nowe możliwości w diagnostyce prenatalnej.

Informacje o konferencji na stronie internetowej:
<http://www.kardiologia-prenatalna.org.pl/events/kardio-prenatal>



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



TEB Edukacja



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Człowiek- najlepsza inwestycja



ZASTRZYK KOMPETENCJI INTERPERSONALNYCH

ULTRA FORTE

Zapraszamy

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

- Asertywności •
- Komunikacji w zespole •
- i przekazywania trudnych informacji
- Komunikacji z pacjentem i jego rodziną •
- Radzenia sobie ze stresem •

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

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



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zaprasza pielęgniarki i położne do uczestnictwa w szkoleniu z psychohigieny:

Otwarty dialog

Szkolenie odbędzie się w dniu 11 maja 2013 r. na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi ul. Piotrkowska 17.

Szkolenie bezpłatne. Liczba miejsc ograniczona, (20) decydującą będzie kolejność zgłoszeń.

Formularz zgłoszeniowy do pobrania w biurze OIPIP w Łodzi i na stronie internetowej OIPIP: www.oipp.lodz.pl

Karty zgłoszeń należy składać do 30 kwietnia 2013 r. do działu szkoleń OIPIP. Informacje dodatkowe udzielane są pod numerem tel. 042 639-92-62

Uczestnicy szkolenia otrzymają certyfikaty.

centrum edukacji
Erudio

Centrum Edukacji ERUDIO
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

ZAPRASZAMY NA KURSY ORAZ SPECJALIZACJE

SPECJALIZACJE DLA PIELEŃNIAREK

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 PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo neonatologiczne • Pielęgniarstwo epidemiologiczne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

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 pediatryczne • Pielęgniarstwo zachowawcze

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK 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 PIELEŃNIAREK

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 odbarczenie odmy przeźnej oraz wykonania dojścia doszpikowego

CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIP W WARSZAWIE ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK 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

IV Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Regionu Łódzkiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych



mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

W dniu 18 stycznia 2013 roku w auli Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi odbył się IV Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Regionu Łódzkiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych liczącego około 6 tysięcy członków. Głównym celem Zjazdu było dokonanie wyboru nowych władz Zarządu Regionu Łódzkiego oraz Komisji Rewizyjnej. Na Zjeździe podjęto liczne stanowiska oraz apele związane z zawodem pielęgniarki i położnej. Oceniano ustawy i rozporządzenia w zakresie ochrony zdrowia. Wybrano Delegatów na Zjazd Krajowy OZZPiP. Otwarcia Zjazdu dokonał Przewodniczący Zarządu Pan Zdzisław Bujas, powitano wybranych Delegatów z zakładowych organizacji związkowych oraz zaproszonych gości m.in.:

- Przewodniczącą Zarządu Krajowego OZZPiP Panią Iwonę Borchulską,
- Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi Panią Agnieszkę Kałużną,
- Przewodniczącą Zarządu Wojewódzkiego FZZ Pana Waldemara Lutkowskiego.

Głos zabrała Przewodnicząca ORPIP Pani Agnieszka Kałużna, dziękując środowisku za aktywność i działalność

na rzecz pielęgniarek i położnych, podkreśliła jednocześnie rangę naszego zawodu jako „godnego ale i zarazem trudnego”. W imieniu ORPIP życzyła udanych decyzji oraz owocnych obrad. Kolejną osobą, która zabrała głos była Przewodnicząca Zarządu Krajowego Pani Iwona Borchulska, która podziękowała Regionowi Łódzkiemu za czynne uczestnictwo w licznie organizowanych przez Zarząd Krajowy manifestacjach oraz pikietach na rzecz publicznej ochrony zdrowia. Przekazała jednocześnie informację, iż Zarząd Krajowy OZZPiP podejmuje liczne działania na rzecz naszego środowiska, w tym w zakresie emerytur pomostowych (Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. Dz. U. Nr 237, poz. 1656), czyli „pracy w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze”, minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, właściwie zorganizowanej publicznej ochrony zdrowia oraz inne działania dla poprawienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz pracowników ochrony zdrowia. Omówiła także liczne przypadki łamania prawa w zakresie przekształceń jednostek oraz perspektyw kreślonych przez przedstawicieli Rządu. W dalszej części Zjazdu wystąpił Przewodniczący Zarządu Wojewódzkiego FZZ

Pan Waldemar Lutkowski, który podziękował całemu środowisku pielęgniarek i położnych za zaangażowanie na rzecz pacjentów w naszym województwie.

Miłym akcentem rozpoczętego Zjazdu było uroczyste wręczenie kwiatów oraz serdeczne podziękowania złożone Pani Zenonie Czarneckiej, Sekretarzowi Zarządu Regionu Łódzkiego OZZPiP za wieloletnią pracę na rzecz środowiska oraz organizacji związkowej.

W części dotyczącej uchwał i wniosków Zjazd Delegatów zajął stanowisko w sprawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r., które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2013 r. w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych





zajmował się Zarząd Regionu Łódzkiego było podwyższenie wieku emerytalnego w Polsce, w tym dla pielęgniarek i położnych. Pomimo protestów wszystkich central związkowych, Sejm wprowadził w życie uchwałę w ww. sprawie.

Ważnym elementem było także przekazanie Delegatom podziękowania za zaangażowanie w organizowaniu, tradycyjnie jak co roku wraz z OIPIP, akcji profilaktycznej dla mieszkańców Łodzi, czyli „Dnia z Pielęgniarką i Położną” na Rynku Manufaktury, która to cieszy się olbrzymim uznaniem społeczeństwa. Ustępujący Zarząd otrzymał absolutorium od Walnego Zjazdu Delegatów. Nad prawidłowością przebiegu Zjazdu oraz wyborów czuwała Przewod-

nicząca Pani Ewa Kowalska. Zostały złożone również serdeczne podziękowania dla Zarządu OZZPiP Instytutu CZMP za dobrze przygotowaną część logistyczno-organizacyjną.

Wybrano nowe władze w osobach:

- Przewodniczący Zarządu Regionu Łódzkiego OZZPiP – Pan Zdzisław Bujas,
- Przewodniczący Komisji Rewizyjnej Regionu Łódzkiego OZZPiP – Pan Sławomir Olejniczak.

W imieniu Zarządu zakładowej organizacji OZZPiP Instytutu CZMP wszystkim osobom gratuluję wyborów, życzę satysfakcji z wykonywania pracy społecznej oraz siły i determinacji w rozwiązywaniu kolejnych problemów środowiska pielęgniarek i położnych.

mgr Elżbieta Janiszewska
delegat na IV Zjazd

niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545), gdzie zastosowano metodę kategoryzacji opieki i przyporządkowano pacjenta do danej kategorii. Oznacza to nałożenie na podmioty lecznicze obowiązku zatrudnienia pielęgniarek i położnych w sytuacji kiedy nie zostaną spełnione minimalne normy zatrudnienia, zaś w przypadku zatrudnienia większej niż wymagane przepisami liczby personelu może dochodzić do redukcji zatrudnienia. Niestety rozporządzenie to budzi wiele kontrowersji, przygotowywane przez 3 lata, niestety bez udziału Związków Zawodowych, pomimo wielu uwag zostało ogłoszone w wersji innej niż październikowa. Delegaci IV Zjazdu bardzo negatywnie ocenili wydane rozporządzenie i oczekują zmiany powyższego dla zapewnienia bezpieczeństwa zarówno pacjentów jak i personelu medycznego.

W części sprawozdawczej przedstawiona została przez Przewodniczącego Pana Zdzisława Bujasa była działalność Zarządu Regionu Łódzkiego, merytoryczna oraz finansowa w okresie kadencji tj. 2009–2012 r. Omówione zostały również działania w zakresie nawiązania współpracy z przedstawicielami sektorów ochrony zdrowia Państw Unii Europejskiej.

Według Zdzisława Bujasa praca Zarządu to praca trudna, zwłaszcza w dobie przekształceń publicznych placówek w spółki prawa handlowego oraz połączeń niektórych szpitali w naszym regionie. Najwięcej emocji wśród środowiska wzbudziła ustawa o działalności leczniczej, a w szczególności zapisy o umowach cywilnoprawnych w naszych zawodach.

Rok 2012 rozpoczął się protestami przeciwko nie podpisaniu kontraktów przez NFZ z miejskimi przychodniami w Łodzi. Kolejnym problemem, którym



Człowiek (homo) to rodzaj ssaków naczelnych z rodziny człowiekowatych. Jedynym żyjącym gatunkiem jest Homo sapiens – człowiek rozumny. Stanęliśmy w pionie i zaczęła się ekspansja człowieka na cały świat. Zajęliśmy wszystkie kontynenty, poznaliśmy morza i oceany, podbiliśmy kosmos – słowem nie ma miejsca, gdzie by nas nie widziano. Nauczyliśmy się pisać i czytać, rysować, wynaleźliśmy papier, druk, żarówkę, maszynę parową, samochody no i broń oczywiście (choć ta towarzyszyła nam już w czasach człowieka pierwotnego). Stworzyliśmy wiele dzieł sztuki, kultur, wyznań i obyczajów, wznieśliśmy ogrom cudownych budowli, zaprojektowaliśmy piękne ogrody, ustanowiliśmy wie-

Nowa

le przepisów prawa, konstytucji, paktów. Przejęliśmy kontrolę nad światem przyrody (tworzymy nowe rasy zwierząt, gatunki roślin).

Zacząła wzrastać świadomość nas samych, naszego ciała i umysłu. Odkryliśmy wiele zagadek ludzkiej istoty. Jesteśmy przez to na uprzywilejowanej pozycji w świecie. I chociaż tyle już osiągnęliśmy, to jednak ciągle nam mało. Non stop gnamy do przodu, nie patrząc na cenę, jaką za to zapłacimy i czym kosztem osiągnięty zostanie nasz cel.

Medycyna jest bardzo szybko rozwijającą się dziedziną. Aby nadążyć za tym wszystkim, personel medyczny musi ciągle się kształcić, rozwijać swoją wiedzę i umiejętności. Pielęgniarki są tego najlepszym przykładem. Skaczemy z oddziału na oddział, ze szpitala do szpitala. W sumie to jesteśmy wszechstronne, wręcz wybitnie uzdolnione. Przechodząc z takiego oddziału internistycznego na intensywną terapię. To na „i” i to na „i”, tu pacjenci i tam pacjenci, tu leki i tam leki, tu sprzęt i tam sprzęt. O ile pampersa wszędzie zmienia się tak samo, to niestety sprzęt i leki są odrobinę inne. Inna organizacja pracy, inne zlecenia, dokumentacja i procedury. Inny szpital, inny oddział, inni ludzie.

W moim życiu był etap zmiany miejsca pracy. Zmiana nie tylko oddziału, ale szpitala i miejscowości. W starej pracy człowiek miał już po kilku latach ugruntowaną pozycję zawodową, szacunek współpracowników i pacjentów. W nowej pracy uderzył mnie bardzo jeden fakt. I nie umiem go sobie wytłumaczyć. Jak osoba młoda, wykształcona (mgr przed nazwiskiem), która dopiero co stawia kroki w tym ciężkim zawodzie pielęgniarki, pokazuje swoją wyższość i pogardę w stosunku do nowoprzyjętych pracowników. Pojedziesz na badanie, bo jesteś „nowa”, pospiesz się, masz szczęście, że to napisałaś,

godzina 18.00 – pisz raport, krzywe spojrzenia jak się usiądzie na krzeselku, a nie na stołku.

„Nowa” to jest bluzka, sukienka, czy wystawa sklepowa. Nie ma pośpiechu, ma być dokładnie.

To ty masz szczęście, że wiem, jak należy pracować i znam swoje obowiązki na dyżurze.

Zawsze to ty możesz napisać raport.

Będę siedziała, gdzie mi wygodnie. Jeśli stołek Ci nie odpowiada, na podłodze jest baaardzo dużo miejsca.

Nie jestem psem i nie umiem aportować.

Jestem zdania, i tego się nauczyłam w starej pracy i na studiach, że każdej świeżo przybyłej koleżance (po magisterce, czy po wolontariacie, nieważne) należy pomóc, wprowadzić ją w oddział tak, żeby coś wносиła do pracy. Wiedza, którą posiadam, nie jest tylko dla mnie. Chodź, pokażę Ci jak okiełznać ten cały sprzęt i nie zwariować, gdzie jest co pochomikowane, jak asystować do różnych badań. Pytaj jak czegoś nie wiesz, nie rozumiesz, nie bój się, bo ja też się pytam. Nie ma osób wszechwiedzących i nieomylnych. Twoja pomyłka nie sprawia mi radości. Twój strach jest dla mnie zrozumiały, ale będzie OK.

Dlatego głęboko się zastanawiam, czy pielęgniarki to też homo sapiens? Czy „rozumny” nie wkraść się tam przez pomyłkę? W łyżce wody byśmy się potopiły, gdyby to było możliwe. Nie wiem czym to jest spowodowane? Zazdrość, że zdobędę większą wiedzę i autorytet? Strach, że zabiorę Ci miejsce pracy? Ta „nowa” ma za zadanie Ci pomóc. Macie ten sam cel: być dobrą pielęgniarką i wg najlepszej swojej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu.

Dla wszystkich „starych” pielęgniarek polecam Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych Rzeczypospolitej Polskiej.

„Przyrzekam...

5. Strzec godności zawodu pielęgniarki, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta...

1. Pielęgniarka mająca większe doświadczenie zawodowe powinna przekazywać młodszym koleżankom swoją wiedzę i umiejętności zawodowe oraz wzorce kultury i poszanowania człowieka.

2. Pielęgniarka nie powinna dyskredytować postępowania innych współpracowników zespołu terapeutycznego, zwłaszcza w obecności osób trzecich.

4. Nieuczciwa konkurencja pomiędzy członkami samorządu jest szczególnie naganna”.

Miłej lektury.

I.K.

Serdeczne podziękowania i niskie ukłony za ogromną życzliwość, troskę i zaangażowanie dla Pielęgniarki Oddziałowej Pani mgr **Marioli Dyhdalewicz** oraz całego zespołu wspaniałych **Pań Pielęgniarek z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM – Centralny Szpital Weteranów**. Jesteśmy niewymownie wdzięczni za wielkie serce, olbrzymi profesjonalizm oraz troskliwą opiekę nad naszym ukochanym ojcem i dziadkiem. Dziękujemy raz jeszcze.

Rodzina Perlińskich i Rodzina Gałązków

Podziękowanie dla **Oddziału Reumatologii przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi**.

Na ręce Pani Ordynator dr n. med. Jolanty Lewandowicz i dla całego personelu lekarskiego, pielęgniarskiego oraz pomocniczego, za troskliwą i fachową opiekę oraz okazane serce podczas leczenia

składa wdzięczna pacjentka Danuta Wulkiewicz

KATOLICKIE STOWARZYSZENIE PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Krzyż znakiem wiary i nadziei

BARBARA JAGAS

"Niech krzyż, który swymi ramionami łączy niebo z ziemią i ludzi między sobą, rozrasta się na naszej ziemi w wielkie drzewo przynoszące owoce zbawienia"

bł. Jan Paweł II

Trwając w okresie Wielkiego Postu, w Roku Wiary wchodzimy w głębię tajemnicy Krzyża, który wplata się w nasze życie osobiste i zawodowe. Mamy ten przywilej, że poprzez swoje powołanie uczestniczymy w dźwiganiu krzyża ludzkiego cierpienia. Dzieje się to przez codzienną posługę, obecność, dodawanie nadziei.

Choć jest to bardzo trudne, czynimy to z chęcią i miłością, gdyż przez to współuczestniczymy w dźwiganiu Krzyża Chrystusa.

Starajmy się, abyśmy kiedyś usłyszeli:

"... byłem głody a daliście mi jeść
byłem spragniony a daliście mi pić
byłem chory a odwiedziliście mnie..."

Życzenia

Niech Zmartwychwstały Jezus obejmie nasze troski i smutki swoją Ojcowską miłością i niech nas uczy tej miłości wobec innych.

Radosnego Alleluja życzy wszystkim Koleżankom i Kolegom – Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Oddział Wojewódzki w Łodzi z asystentem kościelnym ks. Pawłem Sudowskim

Informacje

Wielkopostne rekolekcje dla pracowników lecznictwa odbędą się w kościele ks. Jezuitów (ul. Sienkiewicza 60) w terminie 21–23 marca o godz. 19.00

Barbara Jagas – pielęgniarka, członek Zarządu KSPiPP, Przychodnia nr 41 w Łodzi