

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 Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk
tel. 42 633 22 48

Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

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 22 48

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

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

Konto bieżące OIPiP

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

Prawo wykonywania zawodu

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

Kształcenie podyplomowe

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

Biblioteka OIPiP

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

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

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

Radca prawny

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

Kasa

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

www.oipp.lodz.pl

W NUMERZE:

TEMAT MIESIĄCA 2

SERWIS INFORMACYJNY 7

PRAKTYKA ZAWODOWA 13

SZKOLENIA, KURSY,
KONFERENCJE 22

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 25

PODZIĘKOWANIA 27

POŻEGNANIA 28

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



Sprawozdanie z XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

mgr JOANNA GAŚSIOROWSKA,

mgr MARIA KOWALCZYK



W dniu 1 marca 2013 roku w Dużej Sali obrad Urzędu Miasta odbył się XXIX Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Tegoroczny Okręgowy Zjazd, zgodnie z porządkiem obrad przebiegał w dwóch częściach: uroczystej i sprawozdawczej. Obrady XXIX Zjazdu otworzyła Pani Agnieszka Kałużna – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, która powitała wszystkich obecnych gości i delegatów. Minutą ciszy pożegnano śp. Delegatki, Panie: Marię Milancej i Dorotę Gotowicką. Swoją obecnością zaszczylicili nas Pani /Pan: Jolanta Chełmińska – Wojewoda Łódzki, Krzysztof Piątkowski – Wiceprezydent Miasta Łodzi, Jolanta Kopcińska – Radna Rady Miejskiej w Łodzi, Tadeusz Wadas – Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Grzegorz Krzyżanowski – Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej, Czesława Kałuda – Dziekan Rady Okręgowej Izby Radców Prawnych, Grzegorz Cieśliński – Przewodniczący Rady Okręgowej Izby Inżynierów Budownictwa, Agnieszka Renn-Żurek – Prodziekan Kierunku Pielęgniarstwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Janina Żurawska – Przewodnicząca Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Zdzisław Bujas – Przewodniczący OZZPiP Zarządu Regionu Łódzkiego oraz Konsultanci Wojewódzcy w dziedzinie, Pani: Ewa Sychniak-Kozłowska – Pielęgniarstwa ogólnego, Bogusława Rudnicka – Pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, Maria Cianciara – Pielęgniarstwa epidemiologicznego, Anna Skura-Madziła – Pielęgniarstwa onkologicznego, Elżbieta Ruta – Pielęgniarstwa paliatywnego i Barbara Mucha – Pielęgniarstwa rodzinnego.

Część pierwsza Zjazdu miała charakter uroczysty, gdyż zostały wręczone odznaczenia Ministra Zdrowia „Za zasługi dla ochrony zdrowia” dla 15. pielęgniarek i położnych – członków OIPIP w Łodzi. Odznaki wręczyła Pani/Pan: Jolanta Chełmińska – Wojewoda Łódzki, Tadeusz Wadas – Wiceprezes NRPIP i członkowie Prezydium ORPIP: Agnieszka Kałużna – Przewodnicząca ORPIP, Maria Kowalczyk – Sekretarz ORPIP i Bożena Pawłowska – Wiceprzewodnicząca ORPIP. Odznaczone zostały Panie: Gajek Urszula, Gawęda Ewa, Gorzędowska Irena, Gotowicka Dorota, Kaźmierczak Mirosława, Kowalska Ewa,

Kozak Grażyna, Kresińska-Kaba Teresa, Lachowicz Ewa, Latuszkiewicz Janina, Lesiewicz Irena, Maciejewska Ewa, Mamińska Elżbieta, Pokoca Jolanta, Rozbicka Krystyna.

Niektórzy z zaproszonych gości zabrali głos podkreślając, jak ważną naszą zawody mają misję do spełnienia – pomocy i wsparcia dla chorego człowieka. Pani Wojewoda podziękowała za empatię, odruch ciepła i serce, jakie dajemy naszym pacjentom. Natomiast Pan Wiceprezydent pogratulował wszystkim odznaczonym osobom dziękując za poświęcenie w opiece nad chorymi. Pan Tadeusz Wadas – Wiceprezes NRPIP przeczytał list skierowany do delegatów OZPiP w Łodzi od Pani Grażyny Rogali-Pawelczyk – Prezes NRPIP, w którym nakreślone zostały problemy i podjęte działania przez samorząd w minionym roku. Pani Prezes nakreśliła obecny stan polityki zdrowotnej gdzie coraz częściej człowiek przegrywa z ekonomią i źle pojętym oszczędzaniem, gdzie wydatki na świadczenia zdrowotne planuje się bez analizy zapotrzebowania na opiekę zdrowotną a wprowadzenie minimalnych normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych uznaje się za spowodowanie złych sytuacji ekonomicznych zakładów opieki zdrowotnej. Podkreśliła również, że zła organizacja pracy, zmniejszenie obsad pielęgniarskich, pojedyncze dyżury prowadzi do obciążenia pracą co wpływa negatywnie na utratę zdrowia tych co powinni pielęgnować zdrowie innych oraz na powstawanie zdarzeń niepożądanych. Życzyła delegatom Zjazdu owocnych obrad i merytorycznej dyskusji. Pan Tadeusz Wadas odniósł się do istniejącej sytuacji w ochronie zdrowia, problemu minimalnych norm zatrudnienia, roli pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia. Zaznaczył również, iż członkowie OIPIP w Łodzi aktywnie podejmują działania na rzecz naszych zawodów pracując nad aktami prawnymi, w komisjach trójstronnych i innych organizacjach zawodowych.

Po części oficjalnej rozpoczęła się druga część zjazdu, której przewodniczyli: Maria Cianciara Przewodnicząca i Wiceprzewodniczący: Bożena Pawłowska i Zdzisław Bujas. W części sprawozdawczej przekazano sprawozdania z: działalności organów OIPIP w Łodzi, wykonania budżetu za rok 2012 oraz plan budżetu na rok 2013 i prowizorium budżetu na I kwartał 2014 r. oraz regulaminy działania organów: ORPIP, OKR, OSPiP, ORZOZ oraz OZPiP. Odbyły się

również wybory uzupełniające do Okręgowej Rady z powiatu łódzkiego, natomiast zaplanowane wybory z powiatów skierniewickiego i pączęńskiego nie odbyły się gdyż nie zgłoszono kandydatów. Nowym członkiem ORPIP z powiatu łódzkiego została wybrana Pani Anna Wielgosz. Agnieszka Kałużna Przewodnicząca ORPIP przedstawiła w swoim sprawozdaniu informacje z działalności Okręgowej Rady. W prezentacji nakreśliła działania, jakie były podejmowane w 2012 r., np. w zakresie kontraktowania świadczeń z NFZ, pracach nad rozporządzeniami ws.: konkursów na stanowiska kierownicze, minimalnych norm zatrudnienia, specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa. Omówiła również współpracę z innymi samorządami zaufania publicznego i NRPIP. Informacje o wszystkich działaniach ORPIP były publikowane na łamach Biuletynu OIPIP – Kalendarium z prac ORPIP oraz przekazywane na spotkaniach z pełnomocnikami ORPIP i kadrą kierowniczą zakładów, co podkreśliła Pani Przewodnicząca ORPIP na zjeździe. Pani Halina Derendarz – Przewodnicząca Okręgowej Komisji

Rewizyjnej – przedstawiła sprawozdanie z działalności komisji, przeprowadzonych kontrolach dotyczących pracy biura OIPIP i organów naszej Izby. Przed podjęciem decyzji o uchwaleniu budżetu Pani Maria Cianciara – Skarbnik ORPIP – przedstawiła sprawozdanie z wykonania budżetu za 2012 rok oraz przedstawiła plan budżetu OIPIP na rok bieżący. Po dyskusji i wyjaśnieniu wątpliwości budżet został przyjęty. W trakcie trwania zjazdu złożonych zostało wiele wniosków, apeli i oświadczeń. Nad wieloma trwały dyskusje i rozważania o ich zasadności. Niektóre oświadczenia budziły polemikę. Przyjęte oświadczenia i apele publikujemy poniżej sprawozdania.

W XXIX Okręgowym Zjeździe na 172 delegatów uczestniczyło 143 osoby, co stanowiło 83 proc. ogółu delegatów. XXIX Okręgowy Zjazd już za nami, przed nami następny rok pracy VI kadencji, rok kolejnych działań na rzecz środowiska pielęgniarek i położnych. Mijemy nadzieję, że uda się nam wspólnie coś osiągnąć, byśmy razem mówili jednym głosem pielęgniarki – pielęgniarsza i położnej – położnego naszej łódzkiej Izby. Mimo że czasami mamy różne zdania i nie zgadzamy się, to mamy przecież wszyscy jeden wspólny cel – dobro członków naszego samorządu zawodowego – Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Wszystkim delegatom, sponsorom, osobom zaangażowanym w przygotowanie i wszelką pomoc, pocztowi sztandarowemu, pracownikom biura OIPIP a w szczególności członkom samorządu, którzy wolontaryjnie pomagali podczas zjazdu, Paniom: Danucie Gavrilenko i Annie Kosteckiej składamy serdeczne podziękowania.

mgr Joanna Gaśiorowska – Wiceprzewodnicząca ORPIP
mgr Maria Kowalczyk – Sekretarz ORPIP

APEL XXIX Okręgowego Zjazdu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 1 marca 2013 r.

o znolizowanie dokumentacji prowadzonej przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania

skierowany do: Ministra Zdrowia

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi kierują apel o znolizowanie dokumentacji prowadzonej przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

Uzasadnienie:

Dokumentacja zdrowotna ucznia prowadzona obecnie przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania jest niezgodna z aktualnie obowiązującymi zadaniami. Nie uwzględnia zmian m.in. przekazania szczepień ochronnych dzieci i młodzieży do podstawowej opieki zdrowotnej, obniżenie wieku uczniów podejmujących naukę w szkole podstawowej i inne mające znaczenie dla bieżącej działalności pielęgniarki pracującej w szkole.

Członek Prezydium Zjazdu
Bożena Pawłowska

Przewodnicząca Zjazdu
Maria Cianciara

APEL

XXIX Okręgowego Zjazdu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 1 marca 2013 r.

o określenie ramowych obowiązków i uprawnień kadry kierowniczej

skierowany do: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Położnictwa.

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi wnoszą o określenie ramowych obowiązków i uprawnień pielęgniarskiej i położniczej kadry kierowniczej (dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarek/położnych naczelnych, pielęgniarek/położnych przełożonych).

Uzasadnienie:

Zakres obowiązków kadry kierowniczej ustalany jest przez pracodawcę, w chwili obecnej powierzane są pielęgniarskiej, położniczej kadrze kierowniczej inne obowiązki np. pełnomocnika ds. jakości.

Obowiązki te są bardzo obciążające, wymagają poświęcenia dużej ilości czasu, często w wymiarze całego etatu, ciągłych szkoleń i często stają się podstawowym obowiązkiem pielęgniarki/położnej naczelnej czy przełożonej. Prowadzi to do wielu nieprawidłowości oraz niekorzystnie odbija się na głównych obowiązkach związanych z kierowaniem i zarządzaniem kadrą pielęgniarską, położniczą. To pielęgniarska i położnicza kadra kierownicza wykonuje najwięcej pracy w procesie przygotowań placówek do akredytacji czy certyfikacji.

Podkreślenia wymaga fakt, że niejednokrotnie inny personel placówek ochrony zdrowia w tym lekarze, jak również sami pracodawcy uważają, że gdyby nie konieczność certyfikowania, czy akredytacji, to pielęgniarska i położnicza kadra kierownicza byłaby zbędna.

Członek Prezydium Zjazdu
Bożena Pawłowska

Przewodnicząca Zjazdu
Maria Cianciara

OŚWIADCZENIE

XXIX Okręgowego Zjazdu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 1 marca 2013 r.w sprawie dyskryminowania pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej
w zakresie możliwości świadczenia usług w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej

Skierowane do: Ministra Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Dyrektora Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi wnoszą o podjęcie działań zmierzających do zmiany zapisu §13 ust. 2 pkt 15 – Zarządzenia Nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej, zgodnie z którym pielęgniarka opieki długoterminowej domowej nie może realizować jednocześnie zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz zadań pielęgniarki w domu pomocy społecznej.

Wskazany powyżej przepis, bez jakiegokolwiek uzasadnienia prawnego i faktycznego, dyskryminuje pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej, w dostępie do możliwości udzielania świadczeń w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, w stosunku do pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych, takich jak szpitale czy zakłady opiekuńczo-lecznicze.

Brak jest jakichkolwiek racjonalnych podstaw do dyskryminowania pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, w związku z powyższym konieczna jest zmiana wskazanego powyżej przepisu w sposób umożliwiający pielęgniarkom zatrudnionym w domach pomocy społecznej podejmowanie dodatkowej pracy w zakresie opieki długoterminowej domowej.

Członek Prezydium Zjazdu
Bożena Pawłowska

Przewodnicząca Zjazdu
Maria Cianciara

OŚWIADCZENIE

XXIX Okręgowego Zjazdu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 1 marca 2013 r.w sprawie implementacji Międzynarodowej Klasyfikacji
Praktyki Pielęgniarskiej do praktyki w Polsce

Skierowane do: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zwracają się do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o czynne włączenie się w prace na rzecz implementacji Klasyfikacji do systemu świadczeń medycznych, dokumentowania i oceny obsad pielęgniarskich i położniczych, a w szczególności wnioskujemy o:

1. Dołożenie wszelkich starań, aby klasyfikacja ICNP® była jednym z elementów sprawozdawczości świadczeń pielęgniarskich realizowanych przez pielęgniarki i położne w praktyce.
2. Oparcie dokumentowania w pielęgniarstwie na klasyfikacji ICNP®.
3. Podjęcie zintensyfikowanych działań dla wsparcia dotychczasowej aktywności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w zakresie tłumaczenia, implementacji ICNP® oraz przygotowywania minimalnego zbioru danych w pielęgniarstwie (INMDS), w tym planów opieki pielęgniarskiej, położniczej.
4. Bieżące informowania o stanie prac prowadzonych w CSIOZ w zakresie projektów P1 i P2 oraz P5.
5. Podjęcie starań o przeszkolenie jak największej liczby pielęgniarek i położnych z zakresu korzystania z Klasyfikacji na poziomie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.
6. Wsparcia finansowego prac prowadzonych na poziomie uczelni medycznych w zakresie przygotowania planów opieki dla potrzeb dokumentacji medycznej.

Członek Prezydium Zjazdu
Bożena Pawłowska

Przewodnicząca Zjazdu
Maria Cianciara

APEL

XXIX Okręgowego Zjazdu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 1 marca 2013 r.o pierwszeństwo w zatrudnieniu położnych zgodnie z ich kwalifikacjami zawartymi
w art. 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

skierowany do: kadry kierowniczej zakładów

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi kierują apel do kadry kierowniczej zakładów o pierwszeństwo w zatrudnieniu położnych na oddziałach min. patologii ciąży, blokach porodowych, położniczych, intensywnego nadzoru położniczego, neonatologicznych, noworodkowych, ginekologicznych, onkologii ginekologicznej, chirurgii piersi, badań profilaktycznych i cytologicznych, zgodnie z ich kwalifikacjami zawartymi w art. 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zmianami).

Uzasadnienie:

W związku ze zmniejszaniem się stanowisk pracy dla położnych, powinny one mieć pierwszeństwo w zatrudnieniu w oddziałach min. patologii ciąży, blokach porodowych, położniczych, intensywnego nadzoru położniczego, neonatologicznych, noworodkowych, ginekologicznych, onkologii ginekologicznej, chirurgii piersi, badań profilaktycznych i cytologicznych, zgodnie z ich kwalifikacjami zawartymi w art. 5 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1039 ze zmianami).

Członek Prezydium Zjazdu
Bożena Pawłowska

Przewodnicząca Zjazdu
Maria Cianciara

APEL

XXIX Okręgowego Zjazdu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
z dnia 1 marca 2013 r.**o wprowadzenie zapisu w ustawie o pomocy społecznej gwarantującego zatrudnianie pielęgniarek w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych, wpisanie usług pielęgniarskich do katalogu świadczeń oferowanych w domach pomocy społecznej o ww. profilu, określenie minimalnych norm zatrudnienia, dokonanie wyceny usług pielęgniarskich, możliwość zakontraktowania tych usług przez Dyrektora Domu Pomocy Społecznej z Narodowym Funduszem Zdrowia**

Skierowany do: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ministra Zdrowia, Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Dyrektora Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, Dyrektorów domów pomocy społecznej, Wojewody Łódzkiego, Prezydenta Miasta Łodzi, Klubów Parlamentarnych.

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi kierują apel o wprowadzenie zapisu w ustawie o pomocy społecznej gwarantującego zatrudnianie pielęgniarek w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych, wpisanie usług pielęgniarskich do katalogu świadczeń oferowanych w domach pomocy społecznej o ww. profilu, określenie minimalnych norm zatrudnienia, dokonanie wyceny usług pielęgniarskich, możliwości zakontraktowania tych usług przez dyrektora domu pomocy społecznej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Uzasadnienie:

Ponad 50 proc. mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych sklasyfikowanych wg obowiązującej w Polsce skali Barthel, dotyczącej kategoryzacji opieki, to osoby zakwalifikowane w przedziale 0–40 punktów, wymagające zatem całodobowych, długotrwałych usług pielęgniarskich. Coraz częściej są to osoby trafiające do domów pomocy społecznej bezpośrednio ze szpitali, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów opiekuńczo-leczniczych, w bardzo ciężkim stanie zdrowia. Jest rzeczą oczywistą, że ludzie ci muszą korzystać częściej niż inni ubezpieczeni z różnorodnych usług medycznych. Nie mogą pozostać bez całodobowego nadzoru pielęgniarskiego, niezbędnego przy dozowaniu leków, koniecznym monitorowaniu stanu zdrowia, wymianie cewników, opatrunków, pielęgnacji przeciwoleżynowej, leczeniu odleżyn itd.

Aktualnie brak jest ustawowych podstaw do zatrudniania w domach pomocy społecznej personelu pielęgniarskiego. Mieszkańcy domów pomocy społecznej jako świadczeniobiorcy podlegają ubezpieczeniu społecznemu w Narodowym Funduszu Zdrowia i powinni mieć dostęp do adekwatnej do ich stanu zdrowia pomocy medycznej w ramach przysługującego im powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Tak jest w przypadku większości świadczeń (porad lekarskich i specjalistycznych, leczenia szpitalnego, zaopatrzenia w leki itp.). Wyjątek stanowią tu głównie usługi pielęgniarskie i rehabilitacyjne.

Obecny stan prawny powoduje, że dyrektorzy domów pomocy społecznej w trosce o bezpieczeństwo podopiecznych muszą zapewniać te rodzaje usług medycznych we własnym zakresie i pokrywać ich koszty z funduszu instytucji, które z kolei pochodzą z opłat mieszkańców i ich rodzin oraz gmin.

Realizacja powyższych zapisów i kontraktowanie usług pielęgniarskich przez dyrektora domu pomocy społecznej z Narodowym Funduszem Zdrowia przyczyniłoby się do obniżenia kosztów utrzymania mieszkańca DPS-u, a nie jak obecnie – do podwójnego opłacania przez niego należnych mu usług pielęgnacyjnych. Sytuacja prawna pielęgniarek stanie się zatem jasna, a koszty świadczenia przez nie usług będą pokrywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Członek Prezydium Zjazdu
Bożena Pawłowska

Przewodnicząca Zjazdu
Maria Cianciara

Z prac Okręgowej Rady

XV posiedzenie ORPiP w dniu 12 lutego 2013 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano adnotacji w rejestrze pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi o wygaśnięciu prawa wykonywania zawodu – 62 pielęgniarek i 3 położnych.
- ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 6 praktyk pielęgniarek, 1 praktyki pielęgniarskiej, 2 praktyk położnych i 1 praktyki położnego.
- ▶ Wykreślono z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek i 1 praktykę położnej.
- ▶ Zatwierdzono plan wizytacji 6 praktyk wpisanych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi i powołano składy osobowe zespołów wizytujących – 4 praktyki pielęgniarek i 2 praktyki położnych.
- ▶ Zgodnie z wnioskami zakładów skrócono okres przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu – 1 położnej.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniach specjalistycznych – 7 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 20 osobom, kursie specjalistycznym – 10 osobom. Odmówiono przyznania dofinansowania 3 osobom, ze względów regulaminowych.
- ▶ Wyrażono zgodę na wzięcie udziału dwóch pielęgniarek (brak pełnych dwóch lat przynależności do OIPiP) w kursie specjalistycznym i kursie kwalifikacyjnym organizowanym przez OIPiP, ze względu na wolne miejsca na kursie.
- ▶ Dokonano wyboru Wiceprzewodniczącej ORPiP – pielęgniarki: rezygnacja p. Doroty Rybińskiej, wybrano p. Joannę Gąsiorowską.
- ▶ Zatwierdzono:
 - sfinansowanie kosztów udziału przedstawicieli Komisji prawa i legislacji w szkoleniu w Warszawie nt. Prowadzenia e-dokumentacji przez pielęgniarki i położne,
 - składy osobowe komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych dla kursu specjalistycznego, program dla pielęgniarek i położnych, organizowanego w Łęczycy,
 - kadre dydaktyczną dla 4 kursów specjalistycznych organizowanych przez OIPiP w Łodzi w 2013 roku, organizowanych w Łodzi, Wieluniu i Zgierzu,
 - autorów uszczegóławiających programy szkoleń i kursów, które będą realizowane przez OIPiP w Łodzi w roku 2013,

- koszty dojazdu delegatów i organizacyjne XXIX OZPiP w Łodzi w dniu 01.03.2013 r.
- propozycje zmian w planie budżetu OIPiP na 2013 rok.
 - ▶ Omówiono na OZPiP: propozycje zmian do regulaminów organów OIPiP, projekty apeli i oświadczeń.
 - ▶ Powołano przedstawicieli do składów osobowych komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w dwóch zakładach: 1 naczelną pielęgniarkę i 2 pielęgniarek oddziałowych.
 - ▶ Wytypowano 1 przedstawiciela do komisji kwalifikacyjnej w WCZP w Łodzi – szkolenie specjalistyczne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, program dla pielęgniarek.

XIV posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 27 lutego 2013 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP – 5 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wydano nowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki – 4 pielęgniarkom.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę i 1 położną.
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę i 1 położną.
- ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyki zawodowe pielęgniarek i 3 praktyki położnych.
- ▶ Dokonano zmiany we wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP – 4 praktyk pielęgniarek i 1 praktyki położnej.
- ▶ Dokonano zmiany we wpisie w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – kurs kwalifikacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwa rodzinnego na wniosek organizatora: „Akademia Zdrowia” w Łodzi (dodanie zajęć w Pabianicach).
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym, w: szkoleniu specjalistycznym – 4 osobom, kursie kwalifikacyjnym – 23 osobom, kursie specjalistycznym – 9 osobom. 2 osobom odmówiono przyznania dofinansowania, ze względów regulaminowych – brak udokumentowania 2 lat składek członkowskich.
- ▶ Przyznano 2 pomoce finansowe – zapomogi, w wysokości: 1x 2200 zł, 1x 2000 zł oraz odmówiono 3 osobom przyznania pomocy, ze względów regulaminowych – brak sytuacji losowej.
- ▶ Zatwierdzono:
 - kadre dydaktyczną dla 1 kursu kwalifikacyjnego, 4 kursów specjalistycznych i 2 szkoleń specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.
 - honoraria dla 5 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP Nr 2/2013.
 - ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do 7 komisji kwalifikacyjnych u 3 organizatorów kształcenia: „Akademia Zdrowia”, „Erudio” i WCZP w Łodzi.

oprac. mgr Maria Kowalczyk – sekretarz ORPiP w Łodzi

28 kwietnia – Światowy Dzień Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia w Pracy

dr n. med. ANNA CISIŃSKA

W dniu 28 kwietnia br. po raz dziesiąty obchodzony jest Światowy Dzień Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia w Pracy (ang. World Day for Safety and Health at Work). Święto to zostało ustanowione przez Międzynarodową Organizację Pracy (ILO; agenda Organizacji Narodów Zjednoczonych) we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO) oraz Międzynarodową Konfederacją Związków Zawodowych (ITUC) w 2003 r. W gronie 19 państw świata, gdzie obchodzi się Światowy Dzień Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia w Pracy, od 2007 r. znajduje się też Polska – na mocy specjalnej uchwały Sejmu.

Nawiązując do obchodzonego od 1996 r. Międzynarodowego Dnia Pamięci Ofiar Wypadków przy Pracy, inicjatorzy obchodów chcieli zwrócić uwagę na problem kompleksowych działań w dziedzinie warunków bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwego poziomu ochrony zdrowia i życia pracowników, zapobiegania chorobom zawodowym oraz wypadkom przy pracy. Hasłem przewodnim tegorocznych, jubileuszowych obchodów jest właśnie prewencja chorób zawodowych.

Obchody Światowego Dnia Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia w Pracy to dobra okazja do uświadomienia sobie, jak poważna jest skala opisywanej problematyki oraz jej skutki społeczne i ekonomiczne. W latach 2001–2011



Logo Światowego Dnia Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia w Pracy
(źródło: ILO – Międzynarodowa Organizacja Pracy)

że dane te nie są kompletne, gdyż statystykom umykają wypadki w tzw. szarej strefie czy zdarzenia, których pracownicy nie zgłaszają np. w obawie przed utratą pracy. Kolejny obszar pozbawiony precyzyjnych informacji to wypadki przy pracy w gospodarstwach rolnych; według danych Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), w 2011 r. zgłoszono blisko 25,8 tys. wypadków, w tym 81 śmiertelnych; na 1000 rolników przypadło w ciągu roku 11 zdarzeń wypadkowych. W odróżnieniu od braku wyraźnych tendencji w liczbie wypadków przy pracy w skali kraju, KRUS zaobserwował w ciągu dekady 2001–2011 spadek liczby wypadków o 50 proc. Ekspertki przestrzegają jednak przed zbyt

optymistyczną interpretacją owych zmian, gdyż liczba zgłoszeń może odbiegać od realnej liczby wypadków, a świadczeniobiorców może zniechęcać m.in. relatywnie niski wymiar świadczeń odszkodowawczych oraz procedury, które w innych gałęziach gospodarki są realizowane w sposób dogodniejszy dla poszkodowanych.

Jak pokazują badania, zdecydowanej większości wypadków przy pracy można było w prosty sposób zapobiec, gdyż ich przyczyny są związane w głównej mierze ze świadomym ignorowaniem przepisów BHP. To właśnie pokusa „upraszczania” procedur postępowań, realizacji

Hasłem przewodnim tegorocznych, jubileuszowych obchodów jest prewencja chorób zawodowych.

liczba wypadków przy pracy odnotowana w Polsce wahała się od 79,7 tys. do 104,4 tys. rocznie, co oznacza, że na każdy 1000 zatrudnionych 8–9 pracowników uległo w ciągu roku wypadkowi przy pracy. Pamiętajmy jednak,

obowiązków służbowych, obsługi urządzeń technicznych, stosowania odzieży ochronnej itp. w połączeniu z brakiem wyobraźni najczęściej stwarza niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. W dalszej kolejności można wymienić

nieodpowiedni stan psychofizyczny pracowników (przemęczenie, nietrzeźwość, nadmierne obciążenie psychiczne), deficyt efektywnego szkolenia kadr, nieprawidłowe zorganizowanie stanowiska pracy. Przykładem tej ostatniej sytuacji może być szeroko ukazwany w mediach przypadek zatrucia tlenkiem węgla kilkudziesięciu pracowników zakładów przetwórstwa owocowego, gdzie w zamkniętej hali używane były spalinowe wózki widłowe.

Kolejny szeroki wątek stanowią choroby zawodowe; warto podkreślić, że ogólnopolskie dane na ten temat od 1971 r. są gromadzone i przetwarzane w Instytucie Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, który jest największym bankiem tego rodzaju informacji, obejmującym ponad 300 tys. przypadków historii chorób (w obrębie Instytutu funkcjonuje tzw. Centralny Rejestr Chorób Zawodowych). W latach 2001–2011 w Polsce na choroby zawodowe zapadło niemalże 41 tys. osób. Śledząc poszczególne jednostki chorobowe, w 2011 r. organy orzecznictwa najczęściej diagnozowały pylicę płuc, choroby zakaźne i pasożytnicze oraz ich następstwa, ubytek słuchu oraz przewlekłe choroby narzędzi głosu. Największa zapadalność na choroby zawodowe cechowała pracowników działów rolnictwa, leśnictwa

Zdecydowanej większości wypadków przy pracy można w prosty sposób zapobiec, gdyż ich przyczyny są związane w głównej mierze ze świadomym ignorowaniem przepisów BHP.

i rybactwa (386,1 chorych na 100 tys. zatrudnionych) oraz górnictwa (odnośny współczynnik 356,2). Powyżej średniej zapadalności na choroby zawodowe znaleźli się jeszcze pracownicy przetwórstwa przemysłowego (31,1) oraz opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (27,0), którzy wyprzedzili nauczycieli (21,9).

Choć profilaktyka chorób zawodowych pozostaje zdecydowanie trudniejsza niż zapobieganie wypadkom przy pracy, bez wątpienia i w tej dziedzinie da się wiele zrobić, m.in. poprzez edukację począwszy od etapu kształcenia zawodowego (np. upowszechnienie zajęć z emisji głosu dla studentów studiów pedagogicznych), promocję postaw prozdrowotnych, optymalizację systemu okresowych badań lekarskich, wreszcie stworzenie perspektyw przekwalifikowania zawodowego dla osób zagrożonych chorobą zawodową.

Nikogo nie trzeba przekonywać o kosztach społecznych i gospodarczych, jakie stwarza niewłaściwe zabezpieczenie bezpieczeństwa warunków pracy oraz ochrony zdrowia w miejscu pracy. Pomijając istotne z punktu widzenia płatnika świadczeń rentowych względy finansowe, dla zainteresowanych osób choroba zawodowa lub wypadek przy pracy oznacza zazwyczaj dramat osobisty i pogorszenie sytuacji bytowej.

W kontekście liczb, za którymi kryją się realne problemy ludzi, nie powinniśmy narzekać na obowiązujące regulacje w kwestiach BHP i standardów pracy, tworzone w prawodawstwie polskim i unijnym. Wiele z pozoru absurdalnych zapisów wymyślono po to, by ustrzec mniej lub bardziej nieroztropnego pracownika lub przełożonego przed poważnymi konsekwencjami własnej lekkomyślności, pośpiechu, oszczędności. Same przepisy jednak nie wystarczą, o ile nie są respektowane i traktowane serio, a z tym już różnie bywa. Poza sferą prawa pracy i zdrowym rozsądkiem powinien jeszcze przyświecać nam wszystkim pewien instynkt samozachowawczy, nakazujący szanowanie zdrowia własnego i innych, czego zaprzeczeniem jest widok rzesz przeziębionych pracowników w sezonie grypowym, spieszących do pracy w obawie przed niewyrozumiałością przełożonych.

W ostatnich latach wiele organów administracji państwowej oraz instytucji zrobiło wiele dla upowszechnienia świadomości Polaków w kwestii zapobiegania wypadkom przy pracy oraz przestrzegania zasad bezpieczeństwa i ochrony zdrowia. Na uwagę zasługują przemawiające do wyobraźni kampanie informacyjne w mediach, m.in. akcja „Bez upadku”, prowadzona przez Państwową Inspekcję

Pracy i Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a adresowana przede wszystkim do pracowników i pracodawców w branży budownictwa (tylko w 2011 r. na skutek upadków na placu budowy zginęło w Polsce 130 pracowników, a setki zostało niepełnosprawnymi). Aby zapobiegać tym zdarzeniom, organizatorzy nie tylko prezentują szokujące spoty, ale oferują też bezpłatne szkolenia z zakresu standardów BHP dla wykonawców robót budowlanych. Dużą aktywnością odznacza się też KRUS, organizując kampanię „Chroń życie – pracuj bezpiecznie” oraz prowadząc akcje informacyjne nie tylko wśród rolników, ale także najmłodszych członków ich rodzin, m.in. poprzez konkursy plastyczne dla dzieci z cyklu „Bezpiecznie na wsi”. Są to ważne przedsięwzięcia, gdyż – jak trafnie zauważyli inicjatorzy Światowego Dnia Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia w Pracy – istotą poprawy standardów w opisywanej dziedzinie jest edukacja – na każdym etapie życia człowieka. Ważne jednak, by pamiętać o tym nie tylko „od święta”, obchodzonego 28 kwietnia, ale na co dzień.

dr n. med. Anna Cisińska
Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
i Zarządzania w Pielęgniarstwie
Uniwersytetu Medycznego, Łódź

Akredytowane Centrum Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi

mgr DOROTA KILAŃSKA, dr n. med. JOLANTA GLIŃSKA,
mgr BEATA BROSOWSKA, mgr MAŁGORZATA LEWANDOWSKA

W marcu 2010 roku decyzją Międzynarodowej Rady Pielęgniarek zostało powołane na Wydziale Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi pierwsze w Polsce i w tej części Europy „Akredytowane Centrum Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Pielęgniarskiej (ICNP®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi”.

W skład zespołu wchodzi: dr n. med. Jolanta Glińska – kierownik Centrum, członkowie: mgr Beata Brosowska, mgr Małgorzata Lewandowska, mgr Dorota Kilańska.

Zespół nasz uczestniczy w pracach związanych z Międzynarodową Klasyfikacją Praktyki Pielęgniarskiej od 2008 roku. Utworzenie Centrum Akredytowanego przez ICN stawia przed nami nowe wyzwania.

Centrum będzie miało za zadanie czuwanie nad rozwijaniem ICNP® w kształceniu, praktyce i nauce. Będzie ono także ośrodkiem skupiającym zainteresowanych dalszymi pracami nad Międzynarodową Klasyfikacją Praktyki Pielęgniarskiej.

Cele Centrum:

- ujednolicenie języka pielęgniarskiego w praktyce pielęgniarskiej poprzez tworzenie i walidację terminologii zawodowej
 - upowszechnianie informacji i wiedzy na temat ICNP® poprzez organizowanie szkoleń
 - przygotowanie osób do wdrażania ICNP® w praktyce
 - pełnienie funkcji konsultacyjnej z zakresu ICNP®
 - opracowanie katalogów z zakresu opieki pielęgniarskiej nad chorym z cukrzycą dla dzieci i osób dorosłych z wykorzystaniem ICNP®
 - opracowanie katalogu z zakresu opieki pielęgniarskiej nad osobami z wyłonią stomią jelitową z wykorzystaniem ICNP®
 - wprowadzenie opracowanych katalogów do praktyki
 - prowadzenie badań dotyczących oceny efektów wprowadzonych katalogów

- publikacja opracowanych katalogów
 - opracowanie ekspertyz i opinii odnośnie wprowadzonych katalogów
 - podejmowanie współpracy z ośrodkami realizującymi zadania z zakresu ICNP®
- Osiągnięcie założonych celów wiąże się z podjęciem licznych działań takich jak:
- opracowanie konspektu do prowadzenia zajęć
 - wprowadzenie ICNP® do programu nauczania na wszystkich poziomach kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi
 - prowadzenie szkoleń z zakresu ICNP®
 - prowadzenie kształcenia pielęgniarek z zakresu ICNP® (kształcenie podyplomowe)
 - analiza i walidacja terminów z ICNP® wersja 1.1 i wersja 2.0
 - tworzenie nowych terminów
 - tworzenie diagnoz pielęgniarskich, działań i wyników z wykorzystaniem ICNP®
 - nawiązanie współpracy z placówkami ochrony zdrowia wyłonienie oddziałów do wprowadzenia ICNP®



- powołanie koordynatorów do wprowadzenia ICNP®
- przeszkolenie koordynatorów
- współpraca w zakresie tworzenia diagnoz z koordynatorami w praktyce klinicznej
 - z zakresu opieki nad pacjentem z wyłonią stomią jelitową,
 - współpraca w zakresie tworzenia diagnoz z koordynatorami w praktyce klinicznej z zakresu opieki nad pacjentem dorosłym oraz dzieckiem z cukrzycą
- pozyskanie narzędzia informacyjnego
 - udostępnienie narzędzia do wdrażania do praktyki klinicznej
 - wprowadzenie katalogów do praktyki klinicznej
 - nadzór nad realizacją
 - ewaluacja
 - przekazanie opracowanych katalogów do ICN
 - opracowanie narzędzia badawczego umożliwiającego ocenę efektów wprowadzonych katalogów
 - opracowanie statystyczne wyników badań
 - sporządzenie ekspertyzy
 - organizacja konferencji z zakresu ICNP®

Naszym priorytetem jest opracowanie katalogów, które jako narzędzie pomocne w dokumentowaniu opieki pielęgniarskiej ułatwią wprowadzanie ICNP® do praktyki i korzystanie z klasyfikacji w pracy z osobami dorosłymi i dziećmi chorymi na cukrzycę oraz osobami z wyłonią stomią. Katalogi będą zawierały gotowe diagnozy, działania oraz wyniki w zakresie wybranych zagadnień. Realizacja założonych celów będzie wymagała od zespołu Centrum i osób współpracujących dużego zaangażowania.

Centra akredytowane przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN) są istotnym elementem w rozwoju profesji i zdobywaniu wiedzy, który będzie kształtował opiekę pielęgniarską w przyszłości. Działają w celu prowadzenia badań i rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP). Mogą być tworzone przez różne instytucje, wydziały np.: pielęgniarskie, katedry, stowarzyszenia narodowe lub inne grupy zawodowe, które spełnią określone przez ICN kryteria. Zadaniem ich jest gromadzenie i upowszechnianie informacji, usług, prowadzenie badań naukowych oraz szkoleń dotyczących ICNP. Centra, które działają w zbliżonych obszarach naukowych mogą być organizowane w formie konsorcjów.



Jolanta Glińska
Medical University of Łódź Faculty
of Nursing and Midwifery
90 – 136 Łódź ul. Narutowicza 58
Poland

8 March 2010

Dear Jolanta Glińska,

We are delighted to inform you that the Faculty of Nursing and Midwifery at the Medical University Łódź has been accredited as an International Council of Nurses (ICN) Research and Development Centre. As an ICN Accredited Centre, the research done using the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) will be of keen interest to ICN and to the growing network of ICN Accredited Centres.

You may use the following designation for your Centre:

"ICN Accredited Centre for International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Research & Development by Medical University of Łódź"

You may also use the ICN logo with the designation. Guidelines for use of the ICN title and logo are attached.

ICN is pleased to facilitate communications regarding ICNP® activities amongst this network. We hope you will use the ICNP® Bulletin to access and disseminate news about ICNP and your related activities. Members of ICN Accredited Centres are also expected to attend an ICN-organized consortium meeting, to be held every two years in conjunction with the ICN Congresses and Conferences.

We appreciate your interest in ICNP® and welcome the Faculty of Nursing and Midwifery at the Medical University Łódź as a new ICN Accredited Centre. Please contact myself or Amy Coenen, Director of the ICNP® Programme, if you have questions. We look forward to future opportunities provided through this partnership.

Yours sincerely,

David C. Benton
ICN Chief Executive Officer

c.c. Amy Coenen, ICNP Programme Director
Dorota Kilańska

Enclosures: Guidelines for use of ICN Centre designation and logo

International
Council of Nurses

3, place Jean Marteau
1201 Geneva - Switzerland
Telephone +41 (22) 908 0100
Fax +41 (22) 908 0101
e-mail: icn@icn.ch
Website: www.icn.ch

Centra Badania i Rozwoju ICNP® powoływane są w celu wspierania misji ICN i promowania wizji oraz celów ICNP®, a także przyjmowania i pracy z pielęgniarkami zainteresowanymi ICNP®. Z tytułu posiadania statusu akredytowanego centrum wynikają określone korzyści, między innymi możliwość zaistnienia na międzynarodowej arenie pielęgniarskiej czy korzystania z logo i nagłówka ICN. Członkostwo w Konsorcjum ICNP® umożliwi wymianę informacji w zakresie działalności ICNP® poprzez publikowanie w Biuletynie ICNP® sprawozdań z działalności oraz udział w kongresach i konferencjach ICN. Ponadto ICN pełni funkcję sekretariatu dla centrów i jest z nimi w stałym kontakcie. Oprócz korzyści, Akredytowane Centrum ICN ma określone obowiązki.

Każde Centrum Badania i rozwoju ICNP® musi jasno sprecyzować cele, które są zgodne z misją międzynarodowej Rady pielęgniarek oraz z wizją i strategicznymi celami ICNP®. Instytucje ubiegające się o status Akredytowanego Centrum ICNP® zobowiązane są do przygotowania czte-

roletniego planu, który będzie podlegał ocenie i akceptacji przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek. Plan powinien określać cele, zakres działalności, ramy czasowe, osoby odpowiedzialne, wyniki i zasoby. Po uzyskaniu akredytacji każde centrum zobowiązane jest do sporządzenia co 3 lata sprawozdania z własnej działalności w zakresie realizacji planu pracy z uwzględnieniem postępu realizacji celów oraz złożenia uaktualnionego planu pracy na następne 4 lata. Do obowiązków centrum należy również publikowanie co najmniej raz do roku w Biuletynie ICNP® artykułu zawierającego informacje na temat aktualnej działalności i efektów pracy oraz wytypowanie przedstawiciela, który będzie uczestniczył w Konsorcjum ICNP®, połączonym z kongresem/konferencją ICN odbywającą się co 2 lata.

Utworzenie centrum jest możliwe po złożeniu wniosku do ICN o powołanie akredytowanego Centrum Badania i Rozwoju ICNP®, który jest dostępny na stronie: www.icn.ch w sekcji ICNP®. Wniosek będzie oceniany według ustalonych przez ICN kryteriów.

Do 2009 roku powstało sześć Akredytowanych Centrów ICNP®:

- Centrum Badania i Rozwoju ICNP® Uniwersytetu Stanowego Karaiba, Brazylia
- Chilijskie Centrum Badania i Rozwoju ICNP®
- Centrum realizujące program badawczy dla Pielęgniarskiej Katastrof Uniwersytetu Flinders, Australia
- Niemiecka grupa robocza ICNP®
- Centrum Podstawowych Danych Pielęgniarskich w zakresie odkrywania wiedzy, Szkoły Pielęgniarskiej Uniwersytetu w Minnesocie, USA
- Centrum Badania i Rozwoju ICNP® w Koledżu Pielęgniarskiego Uniwersytetu Winconsin – Milwaukee, USA

Akredytowane Centra Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej będą pełnić ważną rolę w rozwoju ICNP®.

mgr Dorota Kilańska, dr n. med. Jolanta Glińska,
mgr Beata Brosowska, mgr Małgorzata Lewandowska
Wydział Pielęgniarsstwa i Położnictwa
Uniwersytet Medyczny, Łódź

Literatura:

1. E-zdrowie, wszystko o ICNP® http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=895&Itemid=131 dostęp 10 lutego 2013 r.
2. Kilańska D. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®). Aktualny stan na świecie i etap prac przygotowawczych do wdrożenia w Polsce, Problemy Pielęgniarsstwa 2009, tom 17, zeszyt nr 3.
3. Akredytowane Centra Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®). W: Problemy Pielęgniarsstwa. 2009 tom 17 z. 3; s.272–274. Tłumaczenie tekstu: Michał Grzegorzczak, Jeremy Pearman.

W roku akademickim 2013/14, Uniwersytet Medyczny w Łodzi – Oddział Pielęgniarsstwa i Położnictwa – planuje uruchomienie studiów pielęgniarskich prowadzonych w języku angielskim.

W związku z tym, poszukujemy pielęgniarek znających język angielski w stopniu umożliwiającym swobodną komunikację, do prowadzenia następujących zajęć od roku akademickiego 2013/14:

I. Wykładów z przedmiotów: psychologia, socjologia, pedagogika, zakażenia szpitalne, język migowy, pielęgniarstwo chirurgiczne, pielęgniarstwo internistyczne, opieka paliatywna, pielęgniarstwo neurologiczne.

II. Praktyk zawodowych w podmiotach leczniczych w zakresie: pielęgniarstwa internistycznego, pielęgniarstwa chirurgicznego, pielęgniarstwa geriatrycznego, pielęgniarstwa neurologicznego, opieki paliatywnej, podstawowej opieki zdrowotnej, promocji zdrowia, rehabilitacji i pielęgnowania niepełnosprawnych, anestezjologii i pielęgniarstwa w zagrożeniu życia, podstaw pielęgniarstwa, pielęgniarstwa położniczo-ginekologicznego, psychiatrii i pielęgniarstwa psychiatrycznego.

Kandydaci powinni posiadać Prawo Wykonywania Zawodu Pielęgniarki (PWZ), uprawnienia pedagogiczne oraz co najmniej roczny staż w specjalności, w której mieliby prowadzić zajęcia.

Istnieje możliwość skorzystania z intensywnego kursu j. angielskiego.

Dokumenty aplikacyjne prosimy składać w pokoju nr 19, ul. Prezydenta Gabriela Narutowicza 58, Łódź.

Wymagane dokumenty:

- list motywacyjny, ze wskazaniem rodzaju zajęć, które chcielibyście Państwo prowadzić (wykłady, praktyka zawodowa),
- CV,
- dyplom ukończenia wyższej uczelni i posiadania uprawnień pedagogicznych,
- kserokopia PWZ,
- certyfikat potwierdzający znajomość języka angielskiego, w przypadku braku takiego dokumentu przewidywana jest weryfikacja poziomu znajomości języka przed zatrudnieniem.

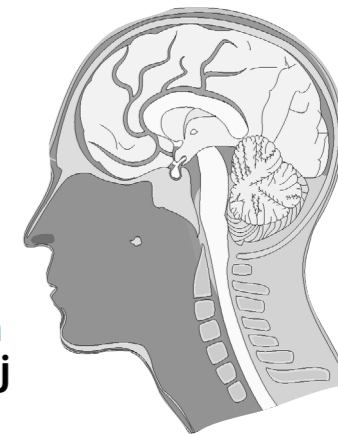
Szczegółowe informacje: <http://www.umed.pl/eng/>
Kontakt email: admission.nurse@umed.lodz.pl

Zapraszamy do współpracy.

Badanie i orzekanie śmierci mózgu

SEBASTIAN WIŚLICKI

Procedury wymagane przy stwierdzaniu śmierci mózgu różnią się nieco w poszczególnych krajach i są co pewien czas aktualizowane. W Polsce ostatniej aktualizacji dokonano w 2007 roku



Historia

W roku 1957 na spotkaniu z anestezjologami, papież Pius 12 stwierdził: „...ustalenie kryteriów śmierci i podanie momentu śmierci człowieka leży w kompetencji lekarzy, a nie teologów” oraz „...ludzkie życie trwa dopóty, dopóki funkcje życiowe – co należy odróżnić od samego funkcjonowania poszczególnych organów ciała – przejawiają się spontanicznie bez pomocy jakichś sztucznych działań”. Głos ten był bardzo znaczący w toczącej się wówczas dyskusji o granice działań terapeutycznych i ingerencji medycznej. W 1968 roku w Sydney, podczas 22 Światowego Zjazdu Towarzystw Medycznych, przyjęto doktrynę o zdysocjowanym charakterze śmierci. Wg niej nie da się precyzyjnie określić początku i końca tego zjawiska, ale można w trakcie jego trwania podać kryteria medyczne, które potwierdzą z całą pewnością, że proces ten jest już nieodwracalny i los człowieka jest przesądzony. Tym punktem w rozciągniętym czasie umierania jest też dokonana śmierć mózgową.

W latach 60 XX w. zrodziła się potrzeba utworzenia takiej regulacji w formie kryteriów zarówno medycznych jak i prawnych, bowiem lekarze przeprowadzający pierwsze transplantacje, narażali się na zarzut zabójstwa. Kardiochirurg Sura Wada, który jako pierwszy przeszczepił serce w Japonii, oskarżony był o popełnienie morderstwa. Podobnie amerykański kardiochirurg Hume, jednak przysięgli uznali go za niewinnego, skazując jedynie na grzywnę z powodu niepoinformowania rodziny dawcy o zamiarze pobrania serca do transplantacji.

Utworzone kryteria śmierci mózgu, często określane harwardzkimi, są najbardziej znane i często cytowane, ale pierwsze opisy objawów śmierci mózgu powstały znacznie wcześniej w Europie. Pierwsze kliniczne opisy pacjentów ze śmiercią mózgową pojawiły się w latach 50.

W latach 60 w Europie i USA powstało co najmniej kilkadziesiąt różnych zestawów diagnostycznych śmierci

mózgu, najczęściej pojedynczych autorów. Badania te opierały się na różnej metodologii i wykorzystywały różne metody instrumentalne. Wkrótce zaczęły powstawać eksperckie komisje podejmujące tą tematykę. Pierwsze standardy postępowania diagnostycznego utworzone przez powołane w tym celu komitety lub towarzystwa naukowe powstały w Europie w drugiej połowie lat 60. We Francji w 65 roku stworzono procedurę podzieloną na cztery etapy:

- wykazanie przyczyn uszkodzenia mózgu,
- wykazanie braku odruchów, rozszerzenie źrenic,
- wykazanie braku własnego oddechu i konieczność wentylacji zastępczej,
- stwierdzenie braku aktywności w EEG.

Wytyczne te były dość ogólne ponieważ nie sprecyzowano czasu obserwacji, długości badania EEG, metodyki próby bezdechu, ani jakich odruchów badanie ma dotyczyć. W 1968 roku podano kryteria bardziej szczegółowe, a także wstępne warunki diagnostyczne: wykluczenie hipotermii, zatrucia i zaburzeń metabolicznych.

Pierwsze niemieckie kryteria oparto na badaniu neurologicznym i uzupełniono badaniem przyrządowym. W badaniu neurologicznym należało wykazać śpiączkę, brak spontanicznego oddechu, szerokie sztywne źrenice. Badanie instrumentalne polegało na wykazaniu braku przepływu mózgowego w angiografii wykonanej dwukrotnie w co najmniej 30 minutowym odstępie, lub braku aktywności EEG przez 60 min. Okres obserwacji wynosił 12 h a brak przepływu podczas angiografii upoważniał do skrócenia obserwacji. W niemieckich kryteriach zwraca uwagę niekompletne badanie neurologiczne ograniczające się do badania odruchu źrenicznego. W 1963 r. belgijski chirurg z Katolickiego Uniwersytetu w Lourain jako pierwszy pobrał nerki do przeszczepu od dawcy ze śmiercią mózgu ale funkcjonującym krążeniem. Śmierć mózgu rozpoznał na podstawie własnych kryteriów. Czas

obserwacji ustalił na 6 godzin z zastrzeżeniem, że gdyby doszło do znacznego spadku ciśnienia tętniczego zagrażającego zatrzymaniem krążenia pomimo terapii lekami wazopresyjnymi, śmierć mózgu można było rozpoznać przed upływem 6 godzin. Kryteria badania były następujące:

- ciężki uraz czaszkowo mózgowy (warunek wstępny),
- brak spontanicznego oddechu przez 5 minut,
- całkowite obustronne rozszerzenie źrenic i brak ich reakcji na światło,
- brak reakcji na silne bodźce bólowe,
- niskie ciśnienie tętnicze, konieczność stosowania presorów (noradrenalina, adrenalina),
- brak aktywności w EEG.

W tym przypadku procedury zmierzały nie tylko do stwierdzenia śmierci mózgu w celu zaniechania uporczywej terapii, ale również po raz pierwszy w Europie w celu możliwości pozyskania narządów do przeszczepu.

Procedury stwierdzania śmierci mózgu

Procedury wymagane przy stwierdzaniu śmierci mózgu różnią się nieco w poszczególnych krajach i są co pewien czas aktualizowane. W Polsce ostatniej aktualizacji dokonano w 2007 roku. Badania przeprowadza się na podstawie obwieszczenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu.

Proces badania i orzekania śmierci mózgu można podzielić na etapy:

- dokonanie wykluczeń i stwierdzeń
- wysunięcie podejrzenia
- wykonanie badań klinicznych i w niektórych przypadkach instrumentalnych w odpowiednich przedziałach czasowych.

Stwierdzenia:

- chory jest w śpiączce
- sztucznie wentylowany
- rozpoznano przyczynę śpiączki
- wystąpiło uszkodzenie mózgu pierwotne lub wtórne
- uszkodzenie jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu.

Wykluczenia:

- wykluczyć wpływ środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, nasenne, zwiotczające) – wszystkie te związki mogą utrudniać lub uniemożliwiać obiektywną ocenę stanu neurologicznego (odruchy, reakcja źrenic na światło itd.)

- wykluczyć hipotermię poniżej 35°C. Głęboka hipotermia powoduje osłabienie odruchów pniowych i zanik czynności bioelektrycznej mózgu. Sygnały EEG zanikają przy 18°C, poniżej 32°C rozszerzają się źrenice, poniżej 27°C brak odruchów czaszkowych.

- wykluczyć zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne.

- wykluczyć noworodki poniżej 7 dnia życia ze względu na niedojrzałość OUN u dzieci i brak na wczesnym etapie pewnych odruchów, co uniemożliwia precyzyjną ocenę.

Aby można było rozpocząć badanie i rozpoznać trwale i nieodwracalne ustanie czynności mózgu konieczny jest odpowiednio długi okres wstępnej obserwacji. Ustawodawca podzielił patologie prowadzące do śmierci mózgu na pierwotne (krwotok, uraz) oraz wtórne, gdy do uszkodzenia dochodzi w wyniku niedotlenienia, zatrzymania krążenia, hipoglikemii czy udaru niedokrwiennego. Ponadto przyczyny pierwotne podzielono ze względu na umiejscowienie czynnika uszkodzającego na nadnamiotowe i podnamiotowe (chodzi o namiot mózdzku). W przypadku pierwotnego uszkodzenia mózgu, zarówno pod jak i nadnamiotowego okres obserwacji wstępnej wynosi co najmniej 6 godzin (jest to okres od chwili pojawienia się klinicznych oznak śmierci mózgu, do rozpoczęcia pierwszej serii badań). W przypadku wtórnego uszkodzenia, okres ten wynosi co najmniej 12 godzin.

Po spełnieniu wszystkich warunków tzn. dokonaniu wykluczeń i stwierdzeń oraz po okresie obserwacji wstępnej, można przystąpić do właściwych badań.

Badania wykonuje dwukrotnie ordynator oddziału/kliniki lub wyznaczony przez niego lekarz specjalista. Przerwa pomiędzy pierwszą a drugą serią badań zależy od przyczyny uszkodzenia oraz od tego czy wykonuje się badanie instrumentalne. Przy patologich pierwotnych nadnamiotowych przerwa między badaniami wynosi 6 godzin a badanie instrumentalne nie jest obligatoryjne, ale możliwe do zrobienia. Jeżeli wykona się to badanie i potwierdzi w nim śmierć mózgu, czas między seriami badań klinicznych skraca się do 3 godzin. W uszkodzeniach pierwotnych podnamiotowych przerwa między badaniami wynosi 3 godziny, ale wymagane jest dodatkowe badanie instrumentalne. Przy wtórnej patologii okres ten to 24 godziny bez potwierdzenia instrumentalnego oraz 3 godziny, jeżeli śmierć potwierdzi się w badaniu dodatkowym, które tutaj nie jest konieczne, ale wydatnie skraca czas całej procedury. Pamiętać należy, że potencjalni dawcy często są hemodynamicznie niestabilni i w celu ochrony narządów należy dążyć do jak najszybszego zakończenia procedur jeżeli w planie jest pobranie narządów. Przeciąganie działań może grozić zatrzymaniem krążenia przed orzeczeniem śmierci mózgowej i w tym przypadku o pobraniu narządów nie może być mowy.

Próby kliniczne polegają na badaniu odruchów czaszkowych (pniowych) i próbie bezdechu.

Badanie reakcji źrenic na światło – polega na oświetleniu źrenic trzy razy silnym źródłem światła w odstępach 30 sekund. Reakcję źrenic obserwuje się przez 5 sekund. Potwierdzeniem śmierci mózgu jest brak reakcji źrenic. W tym odruchu uczestniczą nerwy czaszkowe 2 i 3. Centrum odruchu leży w śródmózgowiu.

➔ cd. na s. 15

2. Problemy zdrowotno-zawodowe pielęgniarek i położnych związane z ich pracą cz. 3

mgr ELŻBIETA MIELCZAREK-PANKIEWICZ

2.5. CZYNNIKI ERGONOMICZNE ZWIĄZANE ZE SPOSOBEM WYKONYWANIA PRACY

Ergonomia (*ergon* – praca, *nomos* – prawo, zasada) jest to nauka zajmująca się dostosowaniem pracy do anatomicznych, fizjologicznych i psychicznych możliwości człowieka (a nie odwrotnie), w celu zapewnienia maksymalnej wydajności pracy bez ujemnych skutków dla zdrowia.

Większość z nas ma dolegliwości kręgosłupa, na które często zapracowujemy sami. Wystarczy pamiętać o jego obciążeniu związanym z zajmowaną pozycją ciała. Jeśli przyjąć, że pozycja pionowa/stanie to siła nacisku na dyski międzykręgosłupowe równa jest 100 proc. obciążeniu kręgosłupa, to pozycja leżąca obciąża go w 24 proc., siedząca, zwłaszcza zgarbiona, zwiększa obciążenie kręgosłupa do 140–190 proc. Żadna, zwłaszcza długo niezmienniana, pozycja ciała nie jest optymalna. Każda ma swoje zalety i wady. I tak zaletą pozycji siedzącej jest to, że zużywa mniej energii, odciąża nogi i krążenie, natomiast jej wadami: zwiotczenie mięśni brzucha, zaokrąglenie pleców; ponadto jest niekorzystna dla układu oddechowego i pokarmowego. Pozycja stojąca pociąga za sobą większy wydatek energetyczny i zagrożenie płaskostopiem, żylakami, zniekształceniami stawów kolanowych. Jest ona bardziej uciążliwa, gdy jest wymuszona. Istotna jest zatem jak najczęstsza zmiana pozycji w czasie pracy oraz dopasowanie stanowiska pracy i umeblowania do zajmowanej pozycji, obciążenia pracą i możliwości pracownika. Na przykład wysokość powierzchni roboczej stołów do pracy ręcznej w pozycji stojącej zależy od rodzaju pracy; jeśli jest ona lekka, blat stołu powinien znajdować się na wysokości stawów łokciowych, gdy praca jest precyzyjna – blat winien być powyżej (podpartych!) łokci, w wypadku pracy ciężkiej – poniżej. Obowiązuje zasada: im praca cięższa – tym wysokość blatu/powierzchni roboczej niższa. Optymalny/normalny zasięg rąk w czasie pracy w pozycji siedzącej oznacza ręce zgięte w łokciach; zasięg maksymalny to wyprostowanie całej ręki; wymuszony – niekorzystny – to: maksymalny zasięg + wymuszona pozycja ciała + skrócenie ciała i wzrost obciążenia statycznego.

Ryzyko zdrowotne/zagrożenie zdrowia chorobami układu ruchu, dolegliwościami ze strony kręgosłupa i stawów, stwarza na przykład praca: w długotrwałej/wymuszonej pozycji: stojącej, siedzącej, kłęczącej; z uniesionymi rękami;

ze skrzyżnym, pochylonym tułowiem; obciążająca układ ruchu w związku z nadmiernym wysiłkiem fizycznym, dźwiganiem ciężarów; nieprzestrzeganiem zasad ergonomii, upadkami, przemocą fizyczną ze strony pacjentów, wykonywaniem pracy w niekorzystnym mikroklimacie, z użyciem narzędzi niedostosowanych do możliwości pracownika czy wibrujących/drgających.

2.5.1. Żylaki

Czynnikami ryzyka żylaków są: wrodzone/dziedziczne predyspozycje, ciąża, zaburzenia hormonalne, medyczne zabiegi i leki, nadciśnienie, płaskostopie, nadmierna masa ciała, niewłaściwe obuwie, palenie, niewłaściwa dieta, ciężka praca fizyczna, wymuszona pozycja, wielogodzinne stanie, siedzenie, brak ruchu. Objawy żylaków to uczucie pełności, ociążałości, bóle, zmęczenie, drętwienie, kurcze nóg; zmiany skórne – „pajączki”, przebarwienia, świąd, „rozdęcie” żył, obrzęki, owrzodzenia. Powikłania: krwawienia, zakrzepowe zapalenie żył, zatory.

Postępowanie: zachowawcze, będące równocześnie profilaktyką/zapobieganiem żylakom: badania profilaktyczne – w tym ginekologiczne; dbanie o prawidłową masę ciała, dietę wysokobłonnikową, niskotłuszczową, głównie roślinną; dbanie o aktywność fizyczną, ruch na świeżym powietrzu, przysiady, ćwiczenia (w tym – stóp), marsze, pływanie, jazdę na rowerze; częsty wypoczynek – ułatwienie odpływu krwi z kończyn dolnych przez unoszenie ich, niezakładanie nogi na nogę, utrzymywanie prostej sylwetki; unikanie długiego stania, siedzenia, częste zmienianie pozycji; hartowanie, masowanie skóry; unikanie podkolanówek, stosowanie elastycznych pończoch, uciskowych opasek; luźnej odzieży, niewysokich obcasów, szerokich nosków obuwia, korzystanie z wkładek ortopedycznych, krzesel/podnóżków z miękką tapicerką; unikanie wysokiej temperatury – kąpiele, sauny, słońca, depilacji oraz palenia tytoniu.

Leczenie farmakologiczne – leki/maści i leczenie operacyjne: kriochirurgia, skleroterapia, wycięcie żylaków.

2.5.2. Praca z monitorem ekranowym

Monitory ekranowe są źródłem: promieniowania elektromagnetycznego, elektrostatycznego, optycznego, jonizującego

cego (starsze typy). Laptopy trzymane na kolanach – mogą być zagrożeniem dla męskiej płodności. Skutki zdrowotne pracy przy monitorze to: choroby układu ruchu – zaburzenia czuciowo-ruchowe, bóle, w tym – zespół: telefonicznej szyi, bolesnego barku, łokci, cieśni nadgarstka; zmiany zwyrodnieniowe (wszystkich odcinków) kręgosłupa; zespół suchego oka – stany zapalne, zaburzenia widzenia; choroby zakrzepowe, obrzęki i żyłki kończyn dolnych; choroby związane z brakiem aktywności fizycznej; przeciążenie ilością, tempem pracy (obciążenie uwagi, pamięci nadmiarem informacji); ograniczenie kontaktów społecznych; obniżenie jakości życia.

Zalecenia zdrowotne dotyczące pracy z monitorem ekranowym w odniesieniu do części ciała pracującego:

- Pozycja ciała: wyprostowana (nie garbić się), często zmieniana. Należy utrzymywać naturalne pozycje ciała/szyi, unikać długotrwałego pochylania głowy i nienaturalnych pozycji szyi oraz ciała.

- Głowa: trzymana prosto, oczy na wysokości ekranu, ograniczanie bardzo częstych ruchów głową (kumulowanie się mikrourazów) przez właściwe ustawienie mebli

dłoni armatury łazienkowej (pozbywanie się szkodliwych ładunków elektrostatycznych).

Zalecenia dotyczące pracy z monitorem ekranowym w odniesieniu do środowiska pracy:

- Krzesło: regulowane, miękkie siedzisko i podłokietniki, krzesło obrotowe, umożliwiające swobodne przemieszczanie się, podnóżki.

- Meble: jasne, matowe, o zaokrąglonych krawędziach.

- Telefon: blisko ręki (w zasięgu optymalnym).

- Monitor: najlepszy LCD, z jasnym czystym tłem, z filtrem, bokiem do okna, oddalony na wyciągnięcie ręki; jego górna krawędź na wysokości oczu.

- Odległości między komputerami: od 50–80 cm (tył i boki urządzenia – źródłem największego promieniowania), 1,5 m – w wypadku pracy (do 4 godzin dziennie!) kobiet ciężarnych.

- Otoczenie: temperatura 20–22°C; oświetlenie: ogólne i miejscowe, nawilżanie powietrza, wietrzenie pomieszczeń pracy.

Zasady zapobiegania negatywnym skutkom zdrowotnym pracy z monitorami ekranowymi zawiera Tabela 6.

Tabela 6. Zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym pracy z monitorami ekranowymi

profilaktyka medyczna	profilaktyka organizacyjno-prawna	profilaktyka techniczna
<ul style="list-style-type: none"> • Aktywność fizyczna: ćwiczenia, ruch • Badania profilaktyczne (minimum co 4 lata): ogólne, dermatologiczne, okulistyczne, neurologiczne, ortopedyczne • Odzież z włókien naturalnych: bawełna, len • Pozycja: wyprostowana, zgięte kończyny, podparcie rąk i kręgosłupa, często zmieniana • Redukowanie stresu zwiększającego napięcie mięśni, nasilającego dolegliwości • Relaks dla oczu: patrzenie w dal, na zieleń, mruganie, nawilżanie oczu • Wietrzenie, nawilżanie powietrza 	<ul style="list-style-type: none"> • Szkolenia pracowników • Skracanie czasu pracy: przerwy maksimum cztery godziny pracy dziennie kobiet ciężarnych • Przyjazne relacje międzyludzkie (sprzyjają obniżeniu napięcia mięśni/bólu) • Przepisy prawne*: Rozporządzenie w sprawie BHP na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe, obowiązki pracodawcy dotyczące umebłowania, wyposażenia stanowiska, czasu pracy, badań lekarskich, refundowania części kosztów okularów korygujących 	<ul style="list-style-type: none"> • Umebłowanie i wyposażenie stanowiska pracy: ergonomiczne siedziska/fotele/leżaki/kłękosiady, podnóżki, podkładki pod mysz, dłoń, nadgarstek, przedramiona • Słuchawki z mikrofonem • Uchwyty na dokumenty • Klawiatura obrotowa/dzielona (nakładki na palce, grubsze długopisy, mysz na zmianę w lewej/prawej dłoni) • Filtry antyelektrostatyczne • Oświetlenie ogólne i miejscowe • Korekta tekstu na wydruku • Okulary korygujące • Odzież naturalna • Uziemienie • Wentylacja, zabezpieczenie okablowania • Pomieszczenia socjalno-rekreacyjne

(na przykład biurka na wprost drzwi a nie tyłem do nich), niepodtrzymywanie głową słuchawki, stosowanie uchwytów do dokumentów.

- Plecy: wyprostowane, z podparciem krzywizn kręgosłupa.

- Ręce: zgięte fizjologicznie – pod kątem prostym, podparto przedramiona, lekkie uderzanie palcami w klawiaturę, nieściskanie kurczowo myszy, okresowe dotykanie mokrymi

2.5.3. Obciążenia układu ruchu związane z dźwigniem

Czynniki ryzyka chorób układu ruchu to: zmiany wrodzone i nabyte: nadwaga/otyłość, zła postawa, stany zapalne; obciążenie/przeciążenie, urazy związane z dźwigniem, niedostosowaniem stanowisk pracy do możliwości, niekorzystnym mikroklimatem, wibracją, stresem, brakiem doświadczenia,

niewydolnością/niepełnosprawnością. Praca pielęgniarek określana jest przeciętnie jako średnio ciężka, o wydatku energetycznym 700–1000 kcal/zmianę; z wyjątkiem oddziałów: ratownictwa, intensywnej terapii, psychiatrii, sal operacyjnych i porodowych, psychiatrii, domów opieki. Dla porównania: praca bardzo lekka – to wydatek do 200 kcal, lekka – do 700, ciężka – do 1200, bardzo ciężka wymaga wydatku powyżej 1200 kcal w czasie zmiany roboczej. Przykłady czynności: pisanie, podawanie narzędzi, obchód pochłaniają 0,8–1 kcal/min., mycie pacjentów, zmiana pościeli 2–2,5; ślanie łóżek z pacjentem, przewożenie chorych, mycie podłogi 2,5–3,8 kcal/minutę.

Przeciętnie praca pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej wymaga 557 kcal/zmianę, „opatrunkowej” do 724, oddziałowej – 752, przełożonej/środowiskowej – 767; w niektórych oddziałach – na internie, sali porodowej, kardiologii, intensywnej terapii, noworodków – od 1156 do 1251 kcal w czasie zmiany roboczej.

Przyczyny urazów układu ruchu można podzielić na „ludzkie” (najczęstsze), organizacyjne, techniczne. Tabela 7 przedstawia uwarunkowania urazów układu ruchu wśród pielęgniarek.

Negatywne skutki przeciążenia układu ruchu to skutki zdrowotne: choroby związane z pracą/parazawodowe – ostre i przewlekłe bóle kręgosłupa, stawów; urazy, wypadki (50 proc. z nich ma miejsce podczas przenoszenia ciężarów); skutki społeczno-ekonomiczne: absencja chorobowa, renty, odszkodowania; niepełnosprawność/NPS. Główne przy-

Tabela 7. Przyczyny urazów ruchu u pielęgniarek.

ludzkie	organizacyjne	techniczne
<ul style="list-style-type: none"> • Brak doświadczenia (głównie 1. rok pracy) • Nieprzygotowanie • Nadwaga • Niepokój • Niewłaściwa pozycja • Słaba wydolność • Zła technika pracy • Zmęczenie • Pacjent: agresywny, ciężki, nieuprzedzony, nieprzytomny 	<ul style="list-style-type: none"> • Brak personelu – przeciążenie obowiązkami, pracami dodatkowymi • Zła organizacja pracy, oczekiwanie na windę, konsultacje • Nieznajomość i nieprzestrzeganie przepisów prawnych na temat BHP, norm dotyczących dźwignia 	<ul style="list-style-type: none"> • Sprzęt – braki, ciężki, niedostosowany, niesprawny, niewygodny • Pomieszczenia – ciasne • Podłogi – nierówne, śliskie

czyny NPS Polaków: 1) choroby układu ruchu – zespoły bólowe, zwyrodnienia kręgosłupa u 80 proc. populacji; 2) choroby układu krążenia; 3) następstwa urazów, wypadków.

Zasady prawidłowego, bezpiecznego dla pacjenta i pielęgniarki, przemieszczania pacjentów:

- Szukaj pomocy, jeśli nie czujesz się na siłach podnieść ciężaru proś zawsze o pomoc; nigdy samodzielnie nie pod-

noś pacjenta, zwłaszcza z podłogi; uprzedź i poproś, o ile to możliwe, pacjenta o współpracę.

- Po/myśl, zanim zaczniesz działać, oszacuj możliwość wykonania zadania – oceń: przestrzeń, wysokość, widoczność; sprawdź sprzęt, blokadę kółek.

- Zawsze musisz panować nad ciężarem a nie ciężar nad Tobą, podnoś ciężar w zakresie wysokości od dłoni do barków; rozkładaj równomiernie ciężary; pamiętaj o zachowaniu równowagi ciała, napięciu mięśni brzucha, oparciu stóp, podnoszeniu z użyciem siły nóg („z kolan, nie z krzyża”); nie bój się dotykać łóżka pacjenta, utrzymuj ciężar jak najbliżej ciała, między zgiętymi kończynami; pchaj lub ciągnij ciężar (zamiast go przenosić).

- Unikaj silnego pochylania, skrętów tułowia; pamiętaj o prostych plecach (zawsze i wszędzie dbaj o prosty kręgosłup!)

- Wykonuj łagodne, płynne ruchy.

- Używaj pomocy technicznych w razie konieczności/ możliwości.

- Zgłaszaj dolegliwości przełożonym, poddawaj się badaniom lekarskim.

W Tabeli 8. (s. IV) przedstawiono zasady zapobiegania dolegliwościom ze strony układu ruchu.

2.6. CZYNNIKI PSYCHOSPOŁECZNE

Czynniki psychospołeczne dotyczą ogólnie pojętej organizacji pracy – jej ilości, tempa, jakości – i wzajemnego związku pracy z cechami/kondycją psychiczną pracownika,

jak i relacji międzyludzkich – funkcjonowania jednostki w systemie społecznym.

Zdrowie psychiczne mierzy się dobrym samopoczuciem i odpowiednim do sytuacji nastrojem, wrażliwością na własne potrzeby i potrzeby innych ludzi, a także stopniem aktywnej zaradności w każdej sytuacji życiowej oraz stopniem wyrozumiałości i tolerancji w stosunku do spraw, które z obiektywnych względów nie mogą być aktualnie korzystniejsze niż są.

Tabela 8. Zapobieganie dolegliwościom układu ruchu

profilaktyka medyczna	profilaktyka organizacyjno-prawna	profilaktyka techniczna
<ul style="list-style-type: none"> Aktywność fizyczna: gimnastyka, sport, chodzenie pieszo Badania profilaktyczne, selekcja zawodowa Zabiegi operacyjne Rehabilitacja, sanatoria Zdrowy styl życia: ruch, unikanie nadwagi, częste zmiany pozycji, sen, wypoczynek, przerwy w pracy, naturalna odzież, niewysokie obcasy, unikanie chłodu, wilgoci, wibracji, stresu, gwałtownych ruchów Właściwa pozycja ciała: <ul style="list-style-type: none"> leżąca: płodowa, na boku (nie na brzuchu!), na średnio twardym materacu, z poduszką szwedzką pod szyją siedząca: prosta, z podparciem, unikanie miękkich foteli w samochodzie: siedzenie prosto, podparcie kręgosłupa/zaglówek, zgięte kończyny, korzystny mikroklimat, wypoczynek i ruch stojąca: proste plecy, wciągnięty brzuch i pośladki, unikanie sięgania ponad głowę, schyłania, podnoszenia z kłku, przysiadu 	<ul style="list-style-type: none"> Ocena i dokumentowanie ryzyka Optymalna obsada kadrowa Dobra organizacja pracy, współpraca Szkolenia personelu Regulacje prawne**: <ul style="list-style-type: none"> Rozporządzenie MPiPS w sprawie BHP na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe 1998.148.973 Rozporządzenie MPiPS w sprawie BHP przy ręcznych pracach transportowych: 2000.26.313; 2009.56.462 Rozporządzenie RM w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla kobiet: 1996.114.545 i 2002.127.1092 Normy dźwigania: <ul style="list-style-type: none"> dla mężczyzn: <ul style="list-style-type: none"> 30 kg praca stała (co najmniej 4 godzin dziennie) 50 kg praca dorywcza (do 4 razy na godzinę) dla kobiet: <ul style="list-style-type: none"> 12 kg praca stała 20 kg dorywcza ciężarnych – ¼ wymienionych norm (lub wcale, zwłaszcza powyżej 5 miesiąca ciąży) 	<ul style="list-style-type: none"> Przestrzeganie zasad i technik dźwigania: <ul style="list-style-type: none"> szukanie pomocy, ciężar blisko ciała, proste plecy, zgięte kończyny, równomierne obciążenie obu rąk, łagodne ruchy zakaz chwytania: za szyję, pod ramiona, przenoszenia „na kołyszce” z rąk, pochylania, skręcania tułowia, podnoszenia ponad 5 kg ciężarów z podłogi Uprzedzanie pacjenta (słuch zanika ostatni) Regulowanie wymiarów mebli: wysokości łóżek, wózków, blatów, szafek, krzeseł, długości uchwytów, rączek, trzymanie danego obiektu, pudła po przekątnej Zaopatrzenie i wykorzystywanie urządzeń technicznych, takich jak: drabinki, pionizatory, podnośniki, fotele, siedziska, regulowane łóżka, szelki, taśmy, płachty, maty ślizgowe, podkłady, uchwyty, wanny, wciągarki i wiele innych Wygodna odzież: unikanie wąskich spodnic krępujących ruchy

2.6.1. Stres i wypalenie zawodowe

Stres jest to zarówno sytuacja trudna, zespół reakcji na bodźce (negatywne i pozytywne), jak i zespół zaburzeń adaptacyjnych. Fazy reakcji na stres: 1) alarmowa – to szok, mobilizacja organizmu; 2) odporności – okres przystosowania organizmu i 3) faza wyczerpania – „zużycia materiału”, załamania mechanizmów adaptacyjnych/przystosowawczych człowieka. Stresorami są czynniki wywołujące stres: negatywne i pozytywne; obiektywne oraz subiektywne; psychospołeczne (przeciążenie, monotonia w pracy, konflikty międzyludzkie); fizykochemiczne (hałas, brud, trucizny); sytuacje trudne. Stresory powodują wzajemny wpływ na siebie, oddziaływanie układu/systemu: nerwowego, endokrynologicznego (na przykład wzrost poziomu hormonów stresu), immunologicznego – w konsekwencji stresu dochodzi do spadku odporności: infekcji, nadciśnienia, niedokrwiennej choroby serca, nowotworów... i w rezultacie do skrócenia życia. Człowiek wykorzystuje własne mechanizmy obronne; na przykład racjonalizację, poczucie humoru, altruizm.

Stresory zawodowe związane są z treścią, organizacją, cechami pracy, w tym: psychologicznymi, społecznymi, fizycznymi, materialnymi, higienicznymi i innymi. Przykładami stresorów zawodowych związanych z treścią pracy są: monotonia, zaskakiwanie zadaniami; organizacją – tempo pracy, presja czasowa, zmienność, przeciążenie. Stresory związane ze społecznymi cechami pracy to: rywalizacja, konflikty, izolacja, brak wsparcia; Psychologicznymi przyczynami stresu może być niski prestiż pracy, duża odpowiedzialność. Fizycznymi/materialnymi stresorami – złe

warunki higieniczne. Stresory obiektywne związane są ze: 1) złożonością pracy – dyspozycyjnością, zaskakiwaniem zadaniami, koniecznością współpracy, stałego udzielania pomocy; 2) zagrożeniami – narzuconym rytmem pracy, wielozmianowością, niebezpieczeństwem popełnienia błędu; 3) konfliktami – długotrwałymi wyjazdami służbowymi, zabieraniem pracy do domu; 4) niepewnością – pracą „zrywami”, ciągłymi zmianami, obawą przed utratą pracy; 5) uciążliwością – ciasnotą, hałasem. Stresory subiektywne to: poczucie obciążenia, zmęczenia, popełnianie błędów, ciągle myślenie o pracy, ujemny wpływ pracy na życie rodzinne, dylematy etyczne, niedocenywanie, brak pomocy, poczucie bezsensu, niepewności, brak oceny.

Próba obiektywnej oceny stresorów zawiera się w skali liczbowej stresu, w której określonym wydarzeniu/stresorowi przypisuje się liczbę punktów. I tak na przykład śmierci współmałżonka przypisuje się 100 punktów (maksymalną liczbę), zmianę zawodu/pracy – 36, wakacjom – 13 punktów (jedna z minimalnych liczb na skali stresorów).

Skutkiem przewlekłego stresu jest wypalenie zawodowe – wyczerpanie psycho-fizyczne człowieka; „zużycie materiału”. Objawy wypalenia zawodowego to w aspekcie psychologicznym: 1) wyczerpanie emocjonalne – poczucie przemęczenia, utraty sił, energii życiowej, drażliwość, zmiany nastroju, dolegliwości somatyczne (ból głowy, bezsenność); 2) brak satysfakcji zawodowej – ociężałość, zmęczenie, depresja, izolowanie się, chęć rezygnacji z pracy; 3) depersonalizowanie – (deprecjonowanie) innych, przedmiotowe traktowanie ludzi, dystansowanie się, skracanie, formalizowanie kontaktów; 4) zaburzenia funkcjonowania,

zachowania, problemy społeczne, rodzinne, zdrowotne – psychofizyczne, wycofywanie się, bierność. Osoby nieradzące sobie z wyzwaniami życiowymi często są otyłe, chore (na przykład mają niedokrwinną chorobę serca, nadciśnienie), są uzależnione od alkoholu, tytoniu, leków, narkotyków i żyją krócej (nawet o około 10 lat).

W aspekcie „medyczno-pielęgniarskim” wypalenie zawodowe dotyczy całościowego, bio-psycho-społecznego funkcjonowania jednostki. Są to objawy fizyczne: ból głowy, zaburzenia snu, apetytu, spadek odporności, częste przeziębienia, choroby psychosomatyczne – astma, nadwaga, cukrzyca, nadciśnienie, niedokrwinną chorobę serca, zaburzenia pracy przewodu pokarmowego, rozrodu, niektóre choroby skóry, nowotwory. Objawy psychiczne wypalenia to: bezradność, bezsenność, drażliwość, niezdolność do słuchania, depresja, nerwice, psychozy, uzależnienia. Objawami społecznymi są: zaburzenia zachowania, absencja chorobowa, wypadki, agresja, cynizm, negatywny stosunek do pacjenta, izolowanie się, konflikty międzyludzkie, zaabsorbowanie sobą, niezdyscyplinowanie, spadek wydajności pracy, niechęć przed codziennym pójściem do pracy, częste patrzenie na zegarek.

Najczęstsze błędy, prowadzące do wypalenia, to branie wszystkiego do siebie, obwinianie siebie, katastrofizowanie; skrajne ocenianie wszystkiego tylko w kolorze czarnym albo białym, nadmierne uogólnianie, pochopne wnioskowanie, wrogość. Przyczyną wypalenia wśród pielęgniarek może być: brak perspektyw zawodowych, problemy finansowe, niski prestiż zawodu, przeciążenie pracą, jej zła organizacja, brak umiejętności radzenia sobie ze stresem, trudności rodzinne. Najczęściej i najszybciej wypalają się osoby bardzo zaangażowane w pracę z ludźmi wymagającymi pomocy. Główne reakcje ludzi na stres: pozytywna: koncentrowanie się na problemie, wyzwaniu, zadaniu do wykonania, przejawianie aktywności, energii, walki, tak zwanej osobowości twardej, akceptującej się, pewnej siebie, asertywnej i empatycznej. Reakcja niepożądana na stres to, zdaniem psychologów: koncentracja na emocjach prowadząca do unikania, ucieczki, wycofywania się z sytuacji trudnych, przejawianie niskiej samooceny, lęklności i bierności. Zalecenia psychologów: przestań być ofiarą!

Radzić sobie ze stresem należy również w sferze: 1) psychicznej – poprzez pozytywne myślenie, optymizm, cieszenie się drobiazgami; 2) fizycznej – przejawiając aktywność ruchową i w sferze 3) społecznej – przez korzystanie ze wsparcia: pierwotnego – rodziny, najbliższych i wsparcia wtórnego: instytucjonalnego, informacyjnego, usługowego, emocjonalnego, duchowo/religijnego, materialnego/trzeczo-wego i finansowego.

Praktyczne sposoby radzenia sobie ze stresem: przejawiać filozoficzny spokój/stoicyzm, kontrolować nieracjonalne/katastroficzne myślenie (to od nas samych zależy ocena zdarzeń życiowych). należy utrzymywać dystans psychologiczny do wszystkiego, postawić na: „być, a nie na mieć” i „wiarę, na-

dzieję, miłość”; obniżyć wymagania wobec siebie i świata; żyć „tu i teraz”, cieszyć się drobiazgami; dbać o siebie i bliskich, być człowiekiem życzliwym, serdecznym, uśmiechniętym, troskliwym, szanującym, pomagającym i niekrzywdzącym innych; dbać o rośliny, zwierzęta, kontakt z przyrodą; pisać, tańczyć; wybaczać, być otwartym, życzliwym, uśmiechać się, mieć zainteresowania; prowadzić zdrowy styl życia: racjonalnie się odżywiać; poddawać się badaniom profilaktycznym, korzystać z porad medyczno-psychologicznych. Psychoterapią pierwotną – psychoedukacją – jest: prawidłowy rozwój psychospołeczny dzieci i młodzieży, zaspokajanie potrzeb miłości i bezpieczeństwa, ochrona przed urazami psychicznymi. Psychoterapią wtórną/terapeutyczną, polegającą na powstrzymaniu patologii, jest pomoc/interwencja psychologiczna, telefony zaufania, korzystanie z Internetu. Wreszcie celem psychoterapii trzeciorzędowej jest: zapobieganie patologicznym skutkom przebytych zaburzeń psychicznych, przeciwdziałanie ich nawrotom, rehabilitacja, opieka nad uzależnionymi, wyleczonymi. Pomocne tu jest korzystanie z muzyki – i aromatoterapii, uprawianie sportu, aktywność fizyczna, leczenie tańcem, techniki relaksacyjne, rozluźnianie mięśni, ćwiczenia oddechowe, wypoczynek, przestrzeganie zasad bezpieczeństwa i higieny pracy/BHP; uczenie radzenia sobie ze stresem, dokształcanie się.

2.6.2. Praca zmianowa

Skutki pracy zmianowej, nocnej (w godzinach 21–7.00), w ruchu ciągłym, to skutki: psychiczne: zaburzenia snu, bezsenność, zmiany nastroju, zmęczenie; fizyczne: spadek odporności, choroby wrzodowe przewodu pokarmowego, choroby tarczycy, cukrzyca, nadciśnienie, niedokrwinną chorobę serca, przyspieszona menopauza, zaburzenia reprodukcji (częstsze poronienia), nowotwory (znacznie częstsze ryzyko raka sutka), skrócenie życia (nawet o 11 lat); społeczne: pogorszenie jakości pracy, wzrost ryzyka wypadków, zaburzenia życia rodzinnego, społecznego, towarzyskiego. Przeciwwskazania do pracy w porze nocnej bezwzględnie dotyczą ciąży, pracowników młodocianych, osób niepełnosprawnych (z wyjątkami – za zgodą lekarza możliwe są prace związane z pilnowaniem) względne przeciwwskazania do pracy nocą to: czynna choroba wrzodowa, przewlekłe zapalenie trzustki, czynne procesy przebytego WZW, zawał (przebyty w ciągu ostatniego roku), niestabilna niedokrwinną chorobę serca, nadciśnienie (trudne w leczeniu), insulinozależna cukrzyca, niewyrównana nadczynność tarczycy, przewlekła niewydolność nerek, nowotwory złośliwe, padaczka z tendencją do napadów, nasilone zaburzenia snu trudne do leczenia, nerwice, wiek poniżej 25 i powyżej 50 lat, dalekie dojazdy do pracy, małe dzieci pod opieką, brak możliwości wypoczynku w warunkach domowych.

Zapobieganiem negatywnym skutkom pracy w ruchu ciągłym będą w ramach:

Profilaktyki medycznej: 1) badania profilaktyczne – lekarskie, ginekologiczne, specjalistyczne, czynna opieka,

sanatoria; 2) zdrowy tryb życia – racjonalne odżywianie, ruch, wypoczynek; 3) posiłki regenerujące; 4) treningi radzenia sobie ze stresem, samodoskonalenie się.

Profilaktyki organizacyjno-prawnej: 1) optymalna obsada kadrowa, dobra organizacja pracy; 2) przerwy w pracy, drzemki (15-minutowe) w nocy (o ile to możliwe); 3) rotacja (system pracy w kolejności dyżurów: ranny – popołudniowy – nocny/R–P–N); 4) szkolenia, awansowanie, nagradzanie pracowników; 5) pomoc socjalna ze strony pracodawcy (organizacja żłobków, ułatwienia w zaopatrzeniu, rekreacji); 6) przestrzeganie przepisów prawa pracy, BHP.

Profilaktyki technicznej polegającej na: 1) zapewnieniu transportu do pracy, jasnego oświetlenia, bezpiecznych i higienicznych warunków pracy/BHP

2.6.3. Agresja i przemoc w miejscu pracy

Agresja może być przejawiana ze strony:

- pacjentów (przez blisko 70 proc.): wyrażana poprzez krzyk (90 proc.), pogrożki, obrażanie, szantaż, atak (30 proc.),
- przełożonych (około 5 proc.): jako krzyk (w 60 proc.), pogrożki (20 proc.), obrażanie, szantaż (po kilkanaście proc.),
- współpracowników (ponad 5 proc.): w postaci krzyku (50 proc.), obrażania (10 proc.),
- podwładnych (przez około 10 proc.): na przykład jako krzyk (45 proc.), pogrożki (15 proc.).

Przyczyny agresji u pacjentów mogą być natury: ludzkiej (na przykład brak życzliwości, informacji, obojętność personelu, stan zdrowia pacjenta); organizacyjno-prawnej (długie oczekiwanie, skomplikowane procedury medyczne); i technicznej (braki wyposażenia, hałas). Skutki agresji: psychospołeczne (na przykład konflikty), fizyczne (urazy, krzywdy) i materialno-ekonomiczne (straty, szkody).

Jak należy postępować z agresywnym pacjentem?

- zachować spokój, nie okazywać pośpiechu, rozluźnić mięśnie, odprężyć się, skoncentrować na oddechu,
- utrzymywać nienaturalny kontakt wzrokowy i słowny,
- zachować pewność siebie, stanowczość, asertywność,
- stosować delikatny, uspokajający, podtrzymujący dźwięk dłoni,
- okazywać uprzejmość, życzliwość, zrozumienie/emпатиę, zainteresowanie, udzielać informacji, aktywnie słuchać.

W razie dalszego zagrożenia:

- zachować spokój, odległość powyżej 1,5 metra stanąć na wprost twarzami, unikać długiego patrzenia w oczy, mówić stanowczo, ale nie krzyczeć.

W wypadku ataku:

- zastosować samoobronę, stać twarzą w stronę agresora, wołać o pomoc, mówić, ale nie polemizować z atakującym, odgiąć mu małe palce, stać po jego stronie niedominującej (z reguły lewej), zwiększać odległość (powyżej 2 m), zarzucić koc, prześcieradło,
- zastosować przymus bezpośredni (zgodnie z przepisami – należy go zgłosić, udokumentować i obserwować pacjenta).

Istotną staje się rola kierownictwa zakładu w zapewnieniu:

- dobrej organizacji pracy: przez skracanie/ułatwianie czasu oczekiwania pacjenta: umożliwienie korzystania z RTV, lektury, stosowanie pastelowych kolorów otoczenia, zapewnienie ciszy; udzielanie informacji przez personel; pytanie pacjenta o zgodę na świadczenia zdrowotne;
- bezpieczeństwa: zapewnienie ochrony personelu, systemów alarmowych, wystarczającego oświetlenia, strzeżonych parkingów;
- wsparcia – głównie społecznego udzielanego pokrzywdzonemu personelowi.

2.6.4. Mobbing

Mobbing (z angielskiego.: tłum, motłoch, samosąd, napadać, zaczepiać) – ze strony współpracowników jest to nieuzasadniona krytyka, plotkowanie, bojkotowanie, utrudnianie realizacji zadań, nieprzekazywanie informacji, lekceważenie, podstęp, kłamstwa, oszczerstwa, zachowania sadystyczne; natomiast *bulling* (po angielsku: byk, samiec, tyran, brutal, męczenie, terroryzowanie) oznacza nękanie przez przełożonego – na przykład ignorowanie, publiczna nagana, dyskryminowanie, molestowanie seksualne).

Według Kodeksu pracy/Kp*** definicja mobbingu brzmi następująco: „mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko niemu, polegające w szczególności na uporczywym i długotrwałym nękanu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników. Jest to działanie bezprawne, systematyczne, trwające nie mniej niż 6 miesięcy, co najmniej raz w tygodniu”. Molestowanie, znęcanie się psychiczne stwarza zagrożenie dla zatrudnienia, wydajności, atmosfery w pracy, zdrowia, godzi w dobra osobiste człowieka (zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, tajemnica, twórczość – patrz Kodeks cywilny); może być także przestępstwem (znieśławieniem, zniewagą – patrz Kodeks karny)

W ramach przeciwdziałania mobbingowi istnieje możliwość:

- złożenia skargi do Inspekcji Pracy/PIP (również anonimowo) na przykład za stałe zmuszanie do godzin nadliczbowych, brak urlopu, wynagrodzenia;
- wszczęcia przez pracownika postępowania sądowego (bez ponoszenia kosztów, gdy roszczenia dotyczą sumy poniżej 50 tys. zł);
- rozwiązania umowy przez pracownika z powodu mobbingu (z podaniem przyczyn na piśmie);
- korzystania z poradnictwa, na przykład stowarzyszenie: godność@imp.lodz.pl – Instytut Medycyny Pracy/IMP: www.imp.lodz.pl, Teresy 8, Łódź, tel. 42 6314 598

Obowiązkiem pracodawcy jest przeciwdziałanie mobbingowi (art. 94 Kp). Niestety, w praktyce tylko około 10 proc. współpracowników staje w obronie pokrzywdzonego.

W Polsce to pracownik (a nie pracodawca) musi udowodnić winę przełożonego...

2.7. PROBLEMY Kobiet PRACUJĄCYCH

Wielorakość pełnionych ról, ob/prze/ciążenie licznymi obowiązkami, („wieloletowość”), dyskryminacja i przemoc wobec kobiet, zmieniające się tradycyjne role mężczyzn i kobiet powodują wzrost zachorowalności i skracanie życia Polek.

W życiu kobiety istotną rolę odgrywają następujące problemy: antykoncepcja, prokreacja, planowanie ciąży; ochrona ciąży i macierzyństwa; profilaktyka nowotworów, w tym sutka i narządów rodnych; menopauza.

Każda pielęgniarka winna znać i propagować metody antykoncepcji/planowania ciąży, czyli: 1) fizjologiczne, naturalne: objawowo-termiczne (PCC); 2) mechaniczne: prezerwatywy, wkładki domaciczne, diafragmy, kapturki; 3) chemiczno-farmakologiczne: douchowce środki chemiczne, antykoncepcja hormonalna.

Ostatnio pojawiają się coraz częściej zaburzenia prokreacji – problemy z płodnością par. Niepłodność wchodzi w grę, gdy po 2–3 latach regularnego współżycia płciowego nie dochodzi do skutecznego zapłodnienia. Obecnie kilkanaście procent małżeństw jest całkowicie bezpłodnych i jest to zjawisko narastające...

Czynniki ryzyka niepłodności: biologiczne – WZW, HIV, toksoplazmoza, różyczka; chemiczne – leki, rtęć, ołów, kadm (papierosy!), pestycydy, tlenek etylenu, gazy anestetyczne, hormony, środki dezynfekcyjne, ozon, chlor, alkohol; fizyczne – promieniowanie RTG, wibracja/drgania (dojazdy!), hałas, wahania temperatury, niska masa ciała i wzrost; psychospołeczne – stresy, zła sytuacja socjalna, materialna, bezrobocie, samotność; ergonomiczne – ciężka praca fizyczna/dźwiganie, zmianowość, dojazdy (drgania pojazdów). Skutki zaburzeń płodności to patologie ciąży/rozrodu: zaburzenia miesiączkowania, poronienia, ciąża pozamaciczna, wady wrodzone, hipotrofia płodu, poród przedwczesny, przyspieszenie menopauzy.

Często trudno jest pogodzić kobiecie pracę z ciążą, która powinna być za/planowana i za jej zainicjowanie oraz przebieg powinni ponosić odpowiedzialność oboje partnerzy. Ochrona kobiet ciężarnych – zapobieganie patologiom ciąży – sprowadza się do profilaktyki medycznej: planowania ciąży, realizacji badań lekarskich, zapobiegania patologii spowodowanej dojazdami do pracy (uciążliwości podróży i drgania pojazdu), ciężką pracą, złą sytuacją zawodowo-społeczną potencjalnej matki. Profilaktyka organizacyjno-prawna to: ograniczanie dojazdów do pracy, zapewnienie BHP w miejscu zatrudnienia, zakazy pracy z czynnikami szkodliwymi, zakazy chodzenia ponad 2–3 godziny dziennie/w czasie zmiany; pracy z monitorami powyżej 4 godzin dziennie, pracy akordowej, nocnej, w nadgodzinach. Prawo pracy ma na celu ochronę prawną pracujących kobiet (ciężarnych, karmiących, wychowujących małe dzieci), macierzyństwa i rodzicielstwa. Stosowne zapisy zawiera Kodeks pracy/Kp

i Rozporządzenie RM w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet****. Na profilaktykę techniczną składają się realizowane zasady BHP. Praca zawodowa ciężarnych powinna przebiegać w warunkach pozbawionych szkodliwości; nie powinna wymagać stosowania ochron osobistych (dopuszczalne zatrudnienie w hałasie nieprzekraczającym 60–65 decybeli); dźwigania (ponad 5 kg przy pracy stałej i 3 kg przy pracy dorywczej); stosowania maszyn i wymuszonej pozycji, stania i chodzenia ponad 3 godziny dziennie oraz przekraczać 4 godzin pracy z monitorami ekranowymi w czasie zmiany roboczej. Ponadto praca ciężarnej powinna odbywać się w dobrych warunkach, w odpowiednim, niezmiennym mikroklimacie (optymalna temperatura to 18–20°C), bez wymuszonego tempa/akordu i intensywnych szkoleń, bez zmian nocnych, nie powinna przekraczać 8 godzin dziennie oraz nie powinna być stresująca.

Nowotwory u kobiet są poważnym i narastającym problemem indywidualnym i społecznym. Czynniki ryzyka nowotworów piersi to: uwarunkowania genetyczne, wiek 50–69 lat, wczesna pierwsza miesiączka, późna menopauza, pierwsze dziecko powyżej 35 roku życia, bezdzietność, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej/HTZ, niezdrowy styl życia: bogato tłuszczowa dieta, przetworzona, mięsna, picie alkoholu, palenie tytoniu, nadwaga. Czynniki ryzyka raka narządów rodnych: infekcje wirusowe (HPV – brodawczaka ludzkiego); wiek (45–55 lat), wczesne rozpoczęcie współżycia płciowego; duża liczba partnerów seksualnych; porodów (przy raku macicy – odwrotnie); niski status społeczno-ekonomiczny (bieda, brak wykształcenia); palenie; środki hormonalne; wysoko tłuszczowa, przetworzona dieta. Skutki nowotworów: społeczno-ekonomiczne, zarówno dramaty indywidualne, jak i straty narodowe...

Wobec co najmniej 120 tysięcy nowych zachorowań na nowotwory w Polsce rocznie, należy pamiętać i unikać omawianych uprzednio przyczyn – czynników rakotwórczych oraz przestrzegać zasad zapobiegania tym chorobom, w których niebagatelną rolę odgrywa poza zdrowym trybem życia jak najwcześniejsze rozpoznanie, a więc samoobserwacja oraz poddawanie się regularnym badaniom profilaktycznym.

Przekwitanie, czyli klimakterium, menopauza – rewolucja hormonalna rozpoczyna się przeważnie w 45–55 roku życia (i wcześniej). Czynniki ryzyka przyspieszonej menopauzy są: ciężka praca, wysiłek fizyczny, praca zmianowa, stresy, szkodliwości zawodowe, palenie, picie, niski status społeczny, zła dieta, nadwaga, niedożywienie, nierodzenie.

Objawy klimakterium – ogólne: zatrzymanie miesiączki, przyrost masy ciała; naczynioruchowe/wegetatywne: uderzenia gorąca, poty, bóle głowy; ze strony układu krążenia – choroby serca, nadciśnienie, miażdżyca; emocjonalno-psychologiczne: zaburzenia snu, nastroju, depresje, osłabienie koncentracji, uwagi; ze strony układu mięśniowo-szkieletowego: wiotczenie mięśni, osteoporoza, zmiany zwyrodnieniowe; skóry – jej wiotczenie, zaburzenia owłosienia;

ze strony układu moczowo-płciowego: zmiany zanikowe, suchość błon śluzowych, infekcje, nadreaktywność pęcherza, nietrzymanie moczu. Jak postępować w okresie menopauzy? Poddawać się badaniom; rozważyć ewentualność hormonalnej terapii zastępczej/HTZ; prowadzić zdrowy styl życia: dieta – głównie roślinna (ewentualnie witaminy, zioła) + ruch + relaks + BHP; przejawiać aktywność psychoruchową, optymizm i nie narzekać!

PODSUMOWANIE

Kończąc cykl poświęcony omawianiu ochrony zdrowia pracujących i problemów zdrowotnych pielęgniarek i położnych, związanych głównie z ich pracą zawodową, należy podkreślić, że częstym udziałem tego personelu są:

- złe warunki pracy, nieprzebranie BHP
- zły stan zdrowia, wypalenie, uzależnienia
- niezajomość prawa, w tym: Kodeksu pracy, zwłaszcza:

Działu VIII na temat uprawnień pracownika związanych z rodzicielstwem, zakazu zatrudniania kobiet przy pracach szczególnie uciążliwych i szkodliwych, prawa kobiet ciężarnych/karmiących do zmiany stanowiska pracy, urlopów macierzyńskich/wychowawczych, przerw na karmienie, opieki nad dzieckiem oraz Działu X Kp na temat BHP i opieki profilaktycznej nad zdrowiem pracowników.

Zgodnie z Kodeksem pracy każdy pracownik ma prawo do: bezpiecznych i higienicznych warunków pracy/BHP; wypoczynku; przerw w pracy; środków ochrony indywidualnej, ochrony przed czynnikami szkodliwymi, badań profilaktycznych, uzyskania pierwszej pomocy w razie wypadku, odszkodowań za wypadki i choroby zawodowe, szkoleń z zakresu BHP.

Podsumowując, należałoby powiedzieć: najciemniej jest pod latarnią i medice cura te ipsum (lekarzu, lecz się sam)... Cóż wobec tego należy robić?

- znać przepisy prawne i ich przestrzegać (przynajmniej Kodeks pracy)
- znać zadania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, pracować w Izbie i/lub organizacjach/towarzystwach społeczno-zawodowych
- doskonalić się, dokształcać, czytać piśmiennictwo zawodowe (i nie tylko), rozwijać zainteresowania, również pozazawodowe
- dawać przykład innym własnymi zachowaniami prozdrowotnymi.

*Ważniejsze przepisy prawne dotyczące ochrony zdrowia pracujących oraz BHP:

1. Ustawa Kodeks pracy
2. 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.

3. Rozporządzenie MZ w sprawie badań do celów sanitarno-epidemiologicznych. 2006.25.191.

4. Rozporządzenie RM w sprawie chorób zawodowych. 2009.105.869 i 2012.662

5. Rozporządzenie MZ w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób – 2002.132.1121 i 2012.663.

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

7. 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.

8. Rozporządzenie MZiOS w sprawie BHP przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytotatycznych w zakładach opieki zdrowotnej. 1996.80.376. i 2000.79. 897.

9. Rozporządzenie w sprawie BHP na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe. 1998.148.973

**Przepisy prawne dotyczące czynników ergonomicznych:

1. Rozporządzenie MPiPS w sprawie BHP na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe: 1998.148.973.

2. Rozporządzenie MPiPS w sprawie BHP przy ręcznych pracach transportowych: 2000.26.313; 2009.56.462.

3. Rozporządzenie RM w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla kobiet:

***Źródła informacji na temat czynników psychospołecznych:

Ustawa Kodeks pracy

www.pip.gov.pl

www.imp.lodz.pl

****Przepisy prawne: dotyczące pracy kobiet:

1. Ustawa Kodeks pracy

2. Rozporządzenie RM w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet: 1996.114.545 i 2002.127.1092.

Przydatne adresy internetowe: www.google.pl, www.sejm.gov.pl, www.ciop.pl, www.imp.pl, www.bhp.pl, www.pip.pl, www.mpip.pl, www.oipp.lodz.pl

Piśmiennictwo (w dużej mierze wydawnictwa Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi) u autorki – Elżbiety Mielczarek-Pankiewicz: elmicz@wp.pl

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

Badanie odruchu rogówkowego – jałowym waciem trzykrotnie drażni się rogówki z 5 sekundowymi odstępami i obserwuje czy występują ruchy powiek. Za odruch odpowiadają nerwy 3, 5 i 7. Przy śmierci mózgu nie występuje odruchowe zamknięcie oka.

Próba kaloryczna – strumień 20 ml zimnej wody (3–10°C) kieruje się na błonę bębenkową i obserwuje zachowanie gałek ocznych czy nie występuje oczopląs. Przy śmierci mózgu oczy są nieruchomo. W odruchu biorą udział nerwy 3,4,6,8 a ich jądra zlokalizowane są w moście i śródmózgowiu. Przed badaniem sprawdza się drożność przewodów słuchowych (woskowina, skrzepy krwi, ciała obce).

Badanie reakcji bólowych – należy silnie ucisnąć okolicę ujęć kostnych nerwów nadoczodołowego i podoczodołowego oraz okolicę wzrostową płytki paznokciowej obustronnie. Przy badaniu należy obserwować zachowanie mięśni mimicznych twarzy oraz innych grup mięśniowych.

Badanie odruchów wymiotnych i kaszlowych – wprowadza się zgłębnik do gardła i początkowego odcinka przełyku i wykonuje ruchy osiowe, obserwując czy występuje odruch wymiotny. Następnie cewnik wprowadza się do tchawicy i wykonując ruchy osiowe należy obserwować odruch kaszlowy, patrząc na mięśnie brzucha, klatki piersiowej i mimiczne twarzy. W odruchu tym biorą udział nerwy 9 i 10 mające ośrodki w rdzeniu przedłużonym. W przypadku śmierci mózgu na skutek braku czynności dolnego odcinka pnia mózgu oba te odruchy nie występują.

Odruch oczno-mózgowy – należy stanąć za głową chorego, objąć ją, odsłonić powieki i obrócić w jedną i drugą stronę zatrzymując na 3–5 sekund, obserwując gałki oczne. W normalnych warunkach oczy pozostają ufiksowane, przy uszkodzonym pniu, gałki oczne pozostają nieruchome i podążają razem z głową. Jest to tzw. odruch oczu lalki. Nerwy zaangażowane to 2, 6, 8. Badania obejmują również obserwację spontanicznych ruchów gałek ocznych. Wykazanie braku odruchów w wyżej wymienionych badaniach dowodzi braku czynności nerwów czaszkowych, których jądra znajdują się w obrębie pnia mózgu, a więc pośrednio dowodzą braku aktywności pnia mózgu.

Próba bezdechu – ośrodek oddechowy w pniu mózgu reaguje na dwa rodzaje bodźców: hiperkapniczny (wzrost CO₂) i hipoksemiczny (spadek O₂). Hipoksja wykrywana jest przez receptory łuku aorty i kłębka szyjnego. Są one unerwione przez odgałęzienie nerwu błędnego i językowo-gardłowego. Przy uszkodzeniu jąder tych nerwów występuje brak odbioru bodźca hipoksemicznego. Ale bodziec ten podczas próby bezdechu i tak jest mało istotny z powodu hiperoksji, ponieważ warunkiem przeprowadzenia próby jest wstępna wentylacja 100 proc. tlenem przez 10 minut przed odłączeniem od respiratora. Jest to tzw. preoksygenacja i wykonuje się ją aby uchronić przed spadkiem saturacji i niedotlenieniem narządów.

Dlatego istotą próby bezdechu jest sprawdzenie reaktywności neuronów ośrodku oddechowego na bodziec hiperkapniczny (wzrost prężności CO₂ przy bezdechu). Wzrost ten jest bowiem najsilniejszym bodźcem oddechowym. Szybkość narastania poziomu CO₂ przy bezdechu wynosi 2–3 mmHg /min. Średnia wartość uzależniona jest od wielu czynników – tempa metabolizmu, masy ciała, temperatury. Przed odłączeniem od aparatu, parametry wentylacji należy ustawić tak, aby uzyskać prężność CO₂ we krwi tętniczej na poziomie 40 mmHg – potwierdza się to badaniem gazometrycznym. Aby zapobiec desaturacji, oprócz 10 minutowej preoksygenacji, stosuje się również tlenoterapię bierną – wprowadza się cewnik z tlenem o przepływie 6 L/min nad rozwidlenie tchawicy.

Po odłączeniu od respiratora przez okres co najmniej 10 minut obserwuje się ewentualne ruchy klatki piersiowej, mięśni brzucha i przepony. Po tym okresie ponownie należy pobrać krew tętniczą do badania gazometrycznego i podłączyć ponownie do maszyny. W drugiej próbie wzrost poziomu CO₂ powinien wynieść co najmniej 20 mmHg w stosunku do pierwszej i przekroczyć wartość 60 mmHg. Jeżeli te warunki zostaną spełnione i przez okres odłączenia nie obserwujemy ruchów oddechowych czy szarpnięć przepony, oznacza to, że ośrodek oddechowy jest trwale zniszczony. Przy czym należy dodać, że nie sam wzrost poziomu CO₂ świadczy o uszkodzeniu tego ośrodku ale to, że taki wzrost nie pobudził go do aktywności. Zdarzają się sytuacje, gdy na skutek niewydolności krążenia i np. małej masy mięśniowej wzrost poziomu CO₂ będzie następował wolniej i w ciągu 10 minut nie przekroczy wartości 60 mmHg. Nie przerywa to procedury i nie świadczy o funkcji ośrodku oddechowego. W takiej sytuacji należy wydłużyć okres bezdechu. Rodzi się pytanie, dlaczego u człowieka nie oddychającego przez 10 minut nie dochodzi do zatrzymania krążenia. Otóż mózg jest jednym z najbardziej aktywnych metabolicznie organów zużywających dużą ilość tlenu. W przypadku gdy mózg nie żyje, nie zużywa tlenu, który może być wykorzystywany przez inne organy w tym serce. Ponadto jak wcześniej wspomniałem do rurki intubacyjnej podaje się przez cewnik tlen. Jednak bardzo często w trakcie próby bezdechu obserwuje się spadki ciśnienia tętniczego w związku z narastaniem CO₂ i rozszerzeniem obwodowego łożyska naczyniowego.

Prawo dopuszcza pewne ustępstwa w schemacie badania. W przypadku spadku ciśnienia tętniczego krwi poniżej 90 mmHg podczas próby bezdechu, zaburzeń rytmu serca lub znacznego spadku saturacji, pacjenta można podłączyć do respiratora przed upływem 10 minut, pobierając uprzednio krew do badania gazometrycznego. Jednak warunek wzrostu CO₂ oraz brak ruchów oddechowych muszą być spełnione. Również przy zaawansowanych patologich płucnych, które powodują znaczne spadki saturacji, próbę bezdechu można prowadzić nie odłączając pacjenta od

respiratora tylko stosując hipowentylację np. 4 oddechy na minutę 100 proc. tlenem. Ewentualne ruchy oddechowe należy obserwować pomiędzy oddechami z aparatu. Warunki wzrostu CO₂ również muszą być spełnione.

Badania instrumentalne

Badania instrumentalne podczas diagnostyki śmierci mózgu wykonuje się w kilku przypadkach:

- tam gdzie są konieczne (patologie podnamiotowe, dzieci),
- kiedy chcemy skrócić okres między próbami (np. patologie wtórne),
- przy rozległych urazach twarzoczaszki (trudności w badaniu odruchów),
- przy nietypowych odruchach (aby rozstrzygnąć czy są to odruchy rdzeniowe),
- przy niektórych środkach farmakologicznych i truciznach.

EEG. Jest najdłużej stosowanym badaniem w diagnostyce śmierci mózgu. Badanie to ma pewne ograniczenia ponieważ rejestruje potencjały tylko z zewnętrznej warstwy kory mózgowej, a niedostępne są sygnały ze struktur podkorowych. Rejestrowano wyniki zarówno fałszywie ujemne jak i fałszywie dodatnie – linia izoelektryczna przy nie do końca martwym mózgu (przy hipotermii, śpiączce wątrobowej, niektórych lekach). Pallis badając rokowanie chorych z objawami śmierci mózgu, u których rejestrowano potencjały w EEG, stwierdził, że u wszystkich doszło do zatrzymania krążenia. Istnieją dwa wytłumaczenia rejestracji potencjałów przy klinicznych objawach śmierci mózgu. U pacjentów z pierwotnie podnamiotową patologią, jeszcze przez pewien czas zachowany może być przepływ w okolicy nadnamiotowej. Obecność połączeń krążenia wewnątrz i zewnątrzczaszkowego umożliwia przeżycie niewielkich grup neuronów, które generują resztkową nieskoordynowaną aktywność bioelektryczną. Ponadto badanie to jest wrażliwe na zewnętrzne warunki i często rejestruje artefakty szczególnie przy obecności przewodników z prądem i urządzeń elektrycznych. Zjawisko to mogą potwierdzić z własnych doświadczeń. W kilku przypadkach podczas badania EEG u potencjalnych dawców rejestrowano zapis świadczący o aktywności kory, a jednocześnie badania kliniczne przemawiały za śmiercią mózgu. W jednym z tych przypadków około godziny po badaniu EEG wykonano angiografię naczyń mózgowych i nie rejestrowano przepływu mózgowego.

Śluchowe potencjały wywołane z pnia mózgu. Badanie to polega na rejestracji sygnałów elektrycznych powstających w pniu mózgu (BAEP), w odpowiedzi na bodziec akustyczny. Potencjały BAEP z pnia mózgu w warunkach prawidłowych pojawiają się po około 1,5–15 ms od zadziałania bodźca. Amplituda potencjału wywołanego jest rzędu 1 mikro Volta i jest o wiele mniejsza

od tych wywołanych spontaniczną pracą mózgu. W tym przypadku amplituda i miejsce występowania nie zależy od siły bodźca ani od snu czy czuwania. Następnie po około 15–100 ms pojawia się zapis pochodzący z kory słuchowej mózgu. Sygnał ten zanika w stanie snu. Słuchowe potencjały wywołane wykorzystywane są w diagnostyce śmierci mózgu przy uszkodzeniach pierwotnych nadnamiotowych oraz wtórnych. Nie mają zastosowania przy patologii podnamiotowych, ponieważ przerwanie drogi na poziomie pnia mózgu i brak rejestracji fal dowodzi śmierci tylko pnia mózgu, ale nic nie mówi o stanie struktur nadnamiotowych.

Somatosensoryczne potencjały wywołane SSEP. Badanie to polega na rejestrowaniu potencjałów z powierzchni głowy w odpowiedzi na stymulację nerwów obwodowych np. n. pośrodkowego. Umożliwia ono ocenę czynnościową głębokich struktur mózgu w tym pnia. Dużą zaletą tego testu jest niewrażliwość na leki sedacyjne i hipotermię (w odróżnieniu od EEG). Wadą natomiast jest to, że potencjały wywołane testują tylko wąskie strukturalnie szlaki sensoryczne, co narzuca konieczność wykonania testu po obu stronach ciała i uniemożliwia ocenę funkcji pnia jako całości. Badanie potencjałów somatosensorycznych jest wykorzystywane podobnie jak potencjałów słuchowych, w patologii nadnamiotowych i wtórnych. Niektórzy autorzy rekomendują wykorzystanie kombinacji tych technik tzw. multimodalne potencjały wywołane, gdzie łączy się technikę SSEP z nerwu pośrodkowego, BAEP, oraz potencjały wizualne.

Badania wykazujące brak przepływu mózgowego

Przeznaczaszkowa ultrasonografia dopplerowska. W badaniu tym należy wykazać brak przepływu mózgowego w tętnicy środkowej mózgu, przez okno skroniowe – obustronnie, oraz w tętnicy podstawnej i obu tętnicach kręgowych przez okno podpotyliczne. Badanie wykonuje się 2 krotnie w odstępie 30 minutowym, za pomocą głowicy 2 MHz. Średnie ciśnienie tętnicze pacjenta powinno być utrzymane powyżej 80 mmHg. Ograniczeniem tej metody jest fakt, że okna kostne, czyli ścięczenie miejscowe kości występuje u 80–90 proc. ludzi. Przy krytycznym wzroście ciśnienia śródczaszkowego pojawia się fala przepływu z odbicia tzw. przepływ wahadłowy, następnie pojawiają się małe piki skurczowe o małej prędkości przepływu i wreszcie całkowity zanik przepływu. Badanie zalicza się jako dodatnie (potwierdzające zatrzymanie krążenia mózgowego), gdy pojawia się fala:

- małe wczesnoskurczowe piki (przepływ < 50 cm/s)
- przepływ z krótkimi komponentami skurczowymi i rozkurczowymi (przepływ wahadłowy), lub same skurczowe.
- brak przepływu pod warunkiem, że w pierwszym badaniu był obserwowany.

Brak widma doplerowskiego nie upoważnia do zaliczenia badania ze względu na możliwość braku okna kostnego. Metoda ta ma duże grono zwolenników jak i przeciwników, ponieważ zdarzają się zarówno przypadki fałszywie ujemne jak i dodatnie. W jednym z badań wykazano nawet brak korelacji między badaniem przezczaszkowego USG a klasyczną angiografią naczyń mózgowych. Opisywano też przypadki pacjentów z rejestrowalnym zapisem EEG i jednocześnie brakiem przepływów w USG.

Scyntygrafia perfuzyjna. Jest metodą pozwalającą ocenić rzeczywistą perfuzję mięszu mózgu. Jej istota polega na podaniu pacjentowi drogą dożylną radiofarmaceutyku wg. wytycznych jest to izotop technet 99 m. Dyfunduje on do tkanki mózgowej niezależnie od uszkodzenia bądź prawidłowego działania bariery krew – mózg. Przy zachowanym przepływie krwi przez mózg przenika on do tkanki mózgowej, a scyntygraf, bądź kamera gamma rejestruje promieniowanie gamma emitowane przez izotop. Stężenie znacznika jest śladowe i nie stanowi zagrożenia uszkodzenia narządów. Badanie to jest metodą pewną, jej interpretacja jest jednoznaczna i dotąd nie notowano wyników fałszywie dodatnich. Śmierć mózgu potwierdza brak przepływu i odkładania się znacznika zarówno w przestrzeni pod jak i nadnamiotowej. Ciśnienie tętnicze powinno być utrzymywane u pacjenta powyżej 80 mmHg. Jedynym ograniczeniem tej metody jest to, że badanie musi być wykonane w zakładzie medycyny nuklearnej.

Angiografia naczyń mózgowych. Jest to badanie polegające na podaniu środka kontrastowego do aorty wstępującej z dostępu tętnicy udowej, ramiennej lub promieniowej i automatycznym wykonaniu serii szybkich zdjęć. W ten sposób zakontrastowana krew uwidacznia (bądź nie) naczynia mózgowie w fazie tętniczej i żylniej. Uwidocznienie naczyń żylnych świadczy o zachowanym przepływie mięszowym. O śmierci mózgu świadczy brak uwidocznienia tętnic wewnątrzczaszkowych, przy stwierdzonym przepływie zewnątrzczaszkowym. Również decydujące o rozpoznaniu jest brak fazy żylniej i mięszowej. Możliwe są przypadki wyników fałszywie ujemnych np. z powodu reperfuzji przez martwą już tkankę mózgową po zmniejszeniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego (drenaż komorowy, zdjęcie płata kostnego, otwarte urazy mózgu). Wielu uważa angiografię za badanie najważniejsze, wręcz złoty standard. Należy jednak pamiętać, że jest to badanie inwazyjne, a środek cieniujący może wywoływać reakcje anafilaktyczne i uszkodzenie nerek. Średnie ciśnienie tętnicze w trakcie badania powinno być równe/wyższe od 80 mmHg.

Różnice w badaniu dzieci

Przed i w trakcie diagnostyki śmierci mózgu u dzieci, należy wziąć pod uwagę odrębności fizjologiczne układu nerwowego w tej grupie.

Zmiany procedur przy orzekaniu śmierci mózgu u dzieci dotyczą czasu pomiędzy badaniami klinicznymi, oraz koniecznością wykorzystania badań instrumentalnych.

Dla potrzeb diagnostycznych wyróżnia się trzy grupy wiekowe:

- noworodki 7–28 dzień życia,
- dzieci do końca 2 roku życia,
- dzieci powyżej 2 roku życia.

Odstęp między badaniami wynosi:

- u noworodków – co najmniej 72 godziny niezależnie od przyczyn uszkodzenia,
- u dzieci do końca 2 roku – co najmniej 24 godziny niezależnie od przyczyn uszkodzenia,
- u dzieci powyżej 2 roku – tak jak u dorosłych.

Ponadto u noworodków i dzieci do 2 roku życia należy wykonać badanie instrumentalne.

Po wykonaniu wszystkich badań zarówno klinicznych jak i instrumentalnych (w razie potrzeby), protokół śmierci mózgu podpisany jest przez komisję.

Komisja orzekająca o śmierci mózgu składa się z trzech specjalistów: anestezjologa, neurologa lub neurochirurga i trzeciego lekarza dowolnej specjalności. Lekarze ci opierają się na wynikach przeprowadzonych badań i na historii choroby. Lekarz przeprowadzający próby kliniczne może, ale nie musi być członkiem komisji. Po podpisaniu protokołu pacjenta uznaje się za zmarłego, a działania medyczne nie nazywamy już leczeniem ale kontynuowaniem opieki narządowej. Działania te mogą być prowadzone do chwili pobrania narządów na bloku operacyjnym. W przypadku dyskwalifikacji dawcy z pobrania narządów (np. sprzeciw, pacjent zakażony lub inne powody), należy wentylowane zwłoki odłączyć od respiratora i zakończyć procedurę opieki narządowej.

Sebastian Wiślicki
specjalista pielęgniarz z dziedziny
anestezjologii i intensywnej terapii

Regionalny Koordynator ds. Przeszczepów w USK nr 1
w Łodzi oraz w Poltransplancie

Literatura:

1. Iwańczuk W.: Śmierć mózgu. Cornetis. Wrocław 2010.
2. http://pl.wikipedia.org/wiki/sluchowe_potencjaly_wywolane
3. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu.
4. Kruszyński Z.: Intensywna terapia stanu astmatycznego. Przygotowanie dawcy narządów. Wydawnictwo lekarskie PZWL. Warszawa 2009.
5. Pius 12 : The prolongation of live. Pope Speaks, 1958.
6. Ingwar D.H., Widen L.: Brain death and paragraphs.
7. Squifflet JP.: The history of transplantation at the Catholic University of Louvain.

Dodać serca do opieki nad osobą z chorobą Alzheimera cz. 3

Działania w kierunku humanizacji relacji międzyludzkich we współczesnym świecie

mgr AGNIESZKA KUBIAK

Inicjacja kontaktu z drugim człowiekiem wymaga odpowiedzi na pytanie: kim jest dla mnie ten człowiek? Kim ja jestem dla niego? „Człowiek nie tylko żyje, lecz także wie, że żyje. Cecha jeszcze bardziej podkreślająca naszą ludzką odrębność to fakt, iż nie wystarcza nam świadomość, że żyjemy, lecz chcemy wiedzieć, po co żyjemy, jaki jest sens naszego istnienia.”¹ Osoba z chorobą Alzheimera często nie wie, że żyje, nie jest świadoma swego istnienia, czy zatem nie jest ona w pełni wartościowym człowiekiem? Kartezjusz powiedział kiedyś: „Cogito ergo sum” – myślę, więc jestem. Procesy myślowe osoby z chorobą Alzheimera są mocno zaburzone, by w miarę zaawansowania choroby zachować się jedynie w szczątkowej wersji. To upoważniałoby nas w takim razie do stwierdzenia, że osoba z chorobą Alzheimera jest gorszą formą człowieka, bowiem traci ona swe istnienie już za życia. W tym miejscu, za Marią Łopatkową, sprzeciwiam się takiemu wnioskowaniu, twierdząc, iż „amo ergo sum” – kocham, więc jestem. Osoba z chorobą Alzheimera bowiem wprawdzie nie jest świadoma swego życia, ale przecież odczuwa swoje życie w pełnej gamie emocji. Kocham, więc jestem – słowa te mogą stanowić zatem swisty manifest w obronie pełnowartościowości życia chorych. Rozpoczynając pracę z podopiecznymi pragnęłam przede wszystkim we wspólnym działaniu zapewnić odczuwanie przez podopiecznych pełnej wartości swego życia, nie poprzez świadomy przekaz, bowiem takiego pacjenci nie są w stanie odczytać, ale poprzez wspólne przeżywanie radości życia.

Cel, jaki sobie postawiłam, mianowicie osiągnięcie „postępu”, podniesienie jakości życia chorych w drodze kontaktów społecznych budowanych przez postawę miłującą nie był łatwy do realizacji i podczas pracy z podopiecznymi napotykałam wiele problemów, które pragnę przedstawić. Najbardziej kłopotliwą przeszkodą w pracy z chorymi były trudności w ich motywacji do podejmowania określonych czynności, realizacji wyznaczonych zadań. Podopieczni niechętnie odnosili się do większości proponowanych działań, szczególnie tych nowych, wcześniej nie podejmowanych, będących więc swoistym dla nich wyzwaniem. Próbowałam na różne sposoby motywować chorych, poprzez między innymi słowne zachęty, zaproszenie do wspólnej zabawy, wzorcowy pokaz

czynności mający za zadanie zaciekać podopiecznych itp. Niestety, większość z wymienionych strategii kończyła się niepowodzeniem, szczególnie w początkowym okresie pracy z chorymi, prócz jednej, której skuteczność była wręcz niezawodna, a mianowicie prośby o pomoc. Moi podopieczni częściej podejmowali określone czynności, kiedy mieli poczucie, że dzięki tym czynnościom robią coś ważnego dla mnie lub dla innych ludzi. Pani Władzia (jedna z chorych) zachęcana po wielokroć do robótek ręcznych, za każdym razem odmawiała podjęcia tej czynności. Sytuacja zmieniła się w momencie, gdy poprosiłam pacjentkę, by mnie nauczyła jak się robi na drutach. Chora zareagowała nader entuzjastycznie biorąc pod uwagę wcześniejsze reakcje, odpowiadając przy tym: Nie umiesz?! Nie przejmuj się dziecko, ja cię tu zaraz wszystkiego nauczę. Widzimy tutaj zatem, iż w pracy z chorymi, w skutecznej motywacji ich do działania niezwykle istotne jest poczucie przez nich wzajemności, czyli tego, że mogą przez swoje działanie coś drugiemu dać, pomóc, ofiarować siebie. Owo poczucie wzajemności działa motywująco na chorych, mobilizuje ich do działania, pobudza siły życiowe, które choć ukryte, niedostrzegalne z pozoru, to jednak zawsze istnieją póty, póki trwa życie. „Podobnie oddziaływać ma angażowanie pacjenta do udzielania choćby minimalnej pomocy innym współpacjentom, co korzystnie wpływa na samoocenę i mobilizację.”² Skoro zatem osoby z chorobą Alzheimera czerpią satysfakcję i radość z dawania, to oznacza to, że potrafią kochać i chcą jednocześnie być kochane. Miłość bowiem jest sztuką dawania, ofiarowywania siebie. Czym jest miłość dla tych chorych? Jest ona nie tylko potrzebą, ale także siłą mobilizującą ich do działania, źródłem radości i szczęścia, które znacząco poprawiają jakość życia.

Kolejnym, istotnym problemem, jaki napotykałam w pracy z chorymi są zaburzenia behawioralne, takie jak agresja. Początkowo trudno było zapanować i radzić sobie z tego typu zaburzeniami pojawiającymi się u podopiecznych, bowiem nie był mi znany charakter tych objawów. Dopiero zrozumienie ich specyfiki pozwoliło na wypracowanie właściwych strategii radzenia sobie w przypadku wystąpienia u chorych agresji, wybuchów gniewu lub płaczu. Zaburzenia

behawioralne, o których tutaj mowa, są „czasami jedynym sposobem, jaki pozostał choremu do wyrażenia odczuwanego dyskomfortu, stresu i frustracji.”³ Pamiętać bowiem należy, iż to, co z pozoru wydaje się irracjonalne, w rzeczywistości niekiedy jest. Jak pisze Erich Fromm: „Irracjonalna reakcja jest więc irracjonalna tylko z perspektywy subiektywnych przesłanek samego zainteresowanego.”⁴ Jak sobie radzić z tego typu zaburzeniami u chorych? Według mnie trudno jest tutaj szukać rozwiązań, jeśli nie pozna się dobrze osoby, której chcemy pomóc. Pracując z podopiecznymi wielokrotnie spotykałam się z podobnymi sytuacjami, kiedy to chory nie potrafił określić czego w tym momencie tak bardzo potrzebował i po licznych, nieudanych próbach uzyskania tego zaczynał reagować zdenerwowaniem, agresją. Początkowo nie potrafiłam zupełnie poradzić sobie z tego typu zaburzeniami zachowania, ponieważ nie do końca rozumiałam ich źródło. Jednak poznanie przyczyn tych zachowań także nie przyniosło oczekiwanego rezultatu w postaci umiejętności ich opanowania, bowiem nie potrafiłam odczytywać komunikatów chorych. Próbując „odgadnąć” czego chory oczekuje, bardzo często nietrafnie określałam jego potrzeby, bowiem niewystarczająco poznałam swoich podopiecznych. Z upływem czasu jednak, dzięki licznym kontaktom z chorymi wiedziałam już, że kiedy pan Józef mówi „oto”, to oznacza, że chce pójść do toalety, zaś wypowiedziane śpiewnym głosem „ciałała” to nic innego jak „podooba mi się, chcę to kontynuować”.

Nie zawsze można jednak w krótkim czasie rozpoznać potrzeby podopiecznych, wymaga to właściwych metod postępowania opiekunów. Opiekun osoby z chorobą Alzheimera powinien pozostawić choremu możliwość samodzielnego wyboru, umożliwić jak najcelniejsze określenie, wskazanie przez niego tego, czego potrzebuje. Dokonywanie wyborów za każdym razem za podopiecznego jest niedopuszczalne, bowiem uniemożliwia zaspokojenie jego potrzeb, a co za tym idzie wywołuje negatywne emocje, obniżając w konsekwencji jakość życia chorego. „Pozostawienie osobie z chorobą Alzheimera swobody wykonywania wszystkich zajęć, będących w zasięgu jej możliwości i chęci ich wykonywania, wzmacnia i utrwała jej umiejętności, przedłużając tym samym okres (przynajmniej częściowej) niezależności i samoobsługi.”⁵ Istotnym jest tutaj, wg mnie, nie pozostawianie chorym zbyt wielu możliwości wyboru, bowiem może to również wywołać rozdrażnienie spowodowane dezorientacją chorych, poczuciem zagubienia pośród mnogości rzeczy i nieumiejętnością podjęcia decyzji, którą z nich wybrać. Podobnie jest z wykonywaniem określonych czynności, których pragnie podopieczny. „Czasami lepiej pozwolić choremu na jakieś zachowanie niż nieustannie z nim walczyć, nie zapominając

oczywiście o bezpieczeństwie.”⁶ Chory może bowiem dzięki temu „rozładować swoje uczucia, unikając innego, mniej bezpiecznego ujęcia.”⁷ Należy tutaj wszakże zaznaczyć, że nie zawsze można spełnić prośby chorych, zdarzają się bowiem niepojęte, absurdalne wręcz prośby, żądania, jak np. domaganie się obiadu tuż po zjedzeniu obiadu, które wynikają z zaburzeń procesów psychicznych, w tym wypadku zaburzeń pamięci. Wówczas to należy odwracać uwagę chorych od owych absurdalnych pragnień, negatywnych emocji. Odwracać uwagę można na różne sposoby, np. proponowanie wszelkiego rodzaju aktywności, przyjemnych zabaw, oglądania gazet, słuchania muzyki. Często dzięki tym czynnościom udaje się odwrócić uwagę chorych, jednak nie zawsze, bowiem opiekunowie często zapominają, że jakkolwiek przyjemna byłaby określona zabawa, rozrywka, jakkolwiek urozmaicone działania oferowałyby się chorym, to nie przyniosą one takiej radości i szczęścia, jakie przynieść może wspólne przebywanie z chorymi, chwila wspólnej rozmowy, nasycona ciepłem emocjonalnym i wzajemnym obdarowywaniem się największym skarbem w historii ludzkości, jaki może dać drugi człowiek, a mianowicie miłością.

Trudność stanowiło dla mnie niekiedy zachęcenie podopiecznych do aktywności, której wszelkie formy nierzadko odrzucali, skupieni na świecie negatywnych przeżyć. Takie sytuacje jednak zawsze pozwalała opanować postawa miłująca w stosunku do chorych, na którą składała się rozmowa z podopiecznymi na przyjemne tematy, potrzymanie dłoni, przytulenie, pochwalenie za coś, wspólne śmianie się, czy po prostu bycie obok, nie opiekowanie się, lecz otulenie chorego ową opieką jak płaszczem, pod którym może on czuć się bezpiecznie. To z kolei wskazuje, jak ważna jest dla chorych potrzeba miłości, jak nadrzędne posiada znaczenie w stosunku do innych, skoro potrafi je zdominować, przynieść spokój, sprawiając, że zapomną oni o niezaspokojonych innych potrzebach, nawet tych bardziej pierwotnych w stosunku do niej, np. fizjologicznych. Pamiętać należy, że przemoc pełni „irracjonalną funkcję magicznego odczynienia czegoś, co już zostało wyrządzone w sposób namacalny.”⁸ Pojawia się ona zawsze tam, gdzie brakuje racjonalnych sposobów owego odczynienia wyrządzonej krzywdy lub negatywnych przeżyć związanych z wieloma zdarzeniami i trudnymi sytuacjami w życiu, który może zapewnić jedynie miłość, a ponadto stanowi ona również formę ich zapobiegania.

Podobnie, jak chory nie potrafi określić tego, czego chce, na co ma ochotę, swoich potrzeb, tak nie potrafi również wyartykułować swoich dolegliwości, skarg, „a więc (podobnie jak niemowlę) wyraża je całym sobą.”⁹ Opiekun musi zatem, podobnie jak lekarz pediatra, który bada niemowlę, nie potrafiące powiedzieć, co je boli, samodzielnie „domyśla-

1. M. Łopatkowa, *Pedagogika serca...*, op. cit., s. 7

2. R. Ingarden, *Książeczka o człowieku*, Kraków, s. 46

3. E. Bojara, *Co radzi lekarz. Choroba Alzheimera*, Wyd. Świat Książki, Warszawa 2006, s. 84

4. E. Fromm, *Miłość, płęć i matriarchat*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 1999, s. 182

5. E. Bojara, op. cit., s. 88

6. E. Bojara, op. cit., s. 86

7. Ibidem, s. 86

8. E. Fromm, *Serce człowieka...*, op. cit., s. 21

9. E. Bojara, op. cit., s. 85

jąć się, jaki jest charakter i przyczyna tego, że z dzieckiem dzieje się coś niepokojącego, tak i opiekun musi potrafić „czytać między wierszami”, umieć „domyślać się”, dlaczego chory zachowuje się tak, a nie inaczej, nie zważając na powierzchowność zaburzeń zachowania, czyli na takie ich przejawy, jak krzyk, płacz, zarzuty, złość, obraźliwe słowa, lecz wnikając do ich głębi, próbować rozeznaczyć co jest ich przyczyną. Owo „domyślanie się” jednak musi docierać jak najbliżej źródła, czyli jak lekarz opiera się na diagnozie medycznej, tak opiekun musi oprzeć się na diagnozie holistycznie zorientowanej, bowiem skoro chory wyraża się całym sobą, to analizując jego zachowanie i chcąc poznać potrzeby musimy odbierać go „wielokanałowo”, każdy aspekt może być istotny i nie może zostać tym samym pominięty.

Wielu spośród podopiecznych ŚDS cierpi na urojenia, które znacznie zaburzą ich zachowanie, co jest podyktowane sfalszowanym odbiorem rzeczywistości w wyniku zmian mózgu. Można niekiedy próbować pełnić rolę „ambasadora realności” przypominając choremu gdzie się znajduje, który mamy rok, korygując jego błędne postrzeganie świata i siebie w tym świecie. Jednak często nie przynosi to oczekiwanego rezultatu, a wręcz przeciwnie powoduje rozdrażnienie chorego, który jest głęboko przekonany o istnieniu takiej rzeczywistości, jaka mu się jawi. W takich sytuacjach zasadne jest „potraktowanie słów chorego jako prawdziwych i udzielanie mu odpowiedzi zgodnej z kontekstem.”¹⁰ Jedną z podopiecznych, pani Władzia myślała, że jestem jej przyjaciółką ze szkoły, pytała mnie więc często o sprawy szkolne, wycieczki, spotkania. Początkowo próbowałam wytłumaczyć kim faktycznie jestem, jednak nie przekonało to chorej. Wówczas postanowiłam wczuć się w rolę przyjaciółki pani Władzi, snując opowieści o czasach szkolnych i próbując jak najbardziej wpasować się w kontekst wypowiedzi chorej. Ku mojemu zdziwieniu stwierdziłam, że chorą to uszczęśliwiło, z wyraźną przyjemnością prowadziła rozmowę, uśmiechając się przy tym i radując ze „spotkania po latach” z drogą jej sercu przyjaciółką (w której roli wystąpiłam ja). Początkowo przeciwna tego typu rozwiązaniom, udawanym sytuacjom, z czasem nabrałam do nich zdecydowanego przekonania, widząc że przynoszą one radość i szczęście chorym, co z pewnością nie może zaszkodzić, a wręcz przeciwnie maksymalizując odczuwanie szczęścia, podwyższa tym samym jakość życia. „Jeśli nawet jest to kłamstwo, nazwijmy je kłamstwem terapeutycznym.”¹¹ Z pewnością skutecznym sposobem radzenia sobie ze skupieniem myśli chorych na świecie przykrych urojeniowych przeżyć jest ponadto odwracanie ich uwagi poprzez wszelkiego rodzaju aktywność lub rozmowę na tematy codzienne, pozytywne.

Dzięki postawie miłującej potrafiłam odwrócić uwagę chorych, niejednokrotnie kierując ich myśli i działanie

ku twórczej aktywności. Ku mojemu zdziwieniu chorzy potrafili dokonać niekiedy „rzeczy niemożliwych”. Prace niektórych podopiecznych, jak np. pani Ani malującej piękne pejzaże i wykonującej kwiaty z bibuły, mogłyby moim zdaniem pretendować do „dzieł sztuki”. Prawdą jest zatem, iż należy obserwować chorych, bowiem „sami nie wiedzą, do czego są zdolni.”¹² Należy pozwolić chorym spróbować swych sił w różnych rodzajach aktywności, bowiem często nie wiedzą oni, że potrafią pięknie malować lub tańczyć. Pozwolenie podopiecznym na wypróbowanie swych sił w rozmaitych, twórczych czynnościach pozwoliło mi rozpoznać, z czym dana osoba dobrze sobie radzi, co wykonuje chętnie, skutecznie, co może przynieść jej satysfakcję, a czego lepiej w ogóle nie proponować, bo sprawia trudność lub nie wychodzi „jak trzeba”. Dzięki temu mogłam skutecznie dobierać zadania i ćwiczenia dla konkretnej osoby, indywidualizując pracę, a to przyczyniało się do odczuwania radości z wykonywania tego, co lubi się wykonywać, co wykonuje się sprawnie i z efektywnym rezultatem, maksymalizując odczuwanie szczęścia. W taki oto sposób można wyzwolić siły ukryte w chorych, z których nie zdają sobie sprawy. Są one bowiem „jak woda zatrzymana przez zaporę, która nagle skierowana na turbiny daje energię.”¹³ Dzięki tym działaniom chorzy mogą odnaleźć się na nowo, odnaleźć w sobie twórcę, a wiadomo iż „radość tworzenia jest jednym z najbardziej niezawodnych sposobów osiągania szczęścia. I nie wiąże się ona bynajmniej wyłącznie z tworzeniem arcydzieł, ani nie jest zarezerwowana dla geniuszów.”¹⁴ Działania twórcze są niezwykle istotne, albowiem zapewniają rozwój człowieka aktywizując go, pozwalając na samorealizację. Jednak nie będą one przez chorych podejmowane, jeżeli uprzednio opiekunowie nie zatroszczą się o zaspokojenie tych bardziej pierwotnych w stosunku do nich potrzeb, a szczególnie potrzeby głodu i miłości, które jak wcześniej podkreślałam, pełnią istotną rolę w życiu osób z chorobą Alzheimera. Potrzeby chorego nie różnią się od tych, które występują u przeciętnego zjadacza chleba, jednak niektóre spośród jego potrzeb nie są już dla niego tak ważne, inne natomiast odczuwa silniej niżli wcześniej, co ma miejsce u wszystkich ludzi w zależności od sytuacji, w jakiej się znajdują oraz od okresu ich życia. Krótko mówiąc, zestaw potrzeb jest niezmienny od urodzenia człowieka do jego śmierci, ale zmienne jest nasilenie odczuwania poszczególnych potrzeb. W ciągu trwania projektu realizowanego przeze mnie najsilniej zaakcentowane było niezwerbalizowane wołanie chorych o miłość. Bagatelizowanie tej potrzeby podopiecznych, nie dostrzeganie jej, pomijanie (bo przecież są ważniejsze), skutkuje cierpieniem, „zablokowaniem się” na inne potrzeby wyższego rzędu, izolacją i wyłączeniem społecznym, jak również zaburzeniami emocjonalnymi. Nie można być głu-

12. M. Gray, op. cit., s. 118

13. Ibidem, s. 25

14. F. Riemann, W. Kleespies, Jak szczęśliwie przeżyć drugą połowę życia, Wyd. WAM, Kraków 2006, s. 25

chym, jeśli ktoś prosi o kromkę chleba, nie można zamykać serca, gdy ktoś „prosi” by go kochano. Gdy podopieczny w ŚDS w Łodzi mówił, że jest nikomu niepotrzebny, co zdarzało się często w tej placówce, to czym są te słowa jak nie „wołaniem” o miłość. „Wtedy, jeśli choć jedna osoba słowem lub zachowaniem zaprzeczy temu stwierdzeniu, to lęk starszej osoby zostanie uciszony, potrzeba w jakimś stopniu zostaje zaspokojona.”¹⁵ Niekiedy wystarczyło, a nawet może bardziej przemawiało do podopiecznych zachowanie autorki, jak serdeczny uśmiech, gesty przyjazne typu podanie dłoni, brak oporu w dotyku chorych, który przecież najsilniej wyraża miłość, ponad najwznioślejszy wiersz o miłości. Tak niewiele trzeba przecież by wyrazić miłość i kogoś pokochać, do tego nie trzeba słów, nie trzeba heroicznych czynów, wyznań i wyrzeczeń, do tego potrzebne jest serce, które bije nie tylko dla siebie.

Podsumowanie

„Wrodzoną i nadrzędną tendencją motywacyjną przynależną człowiekowi jest rozwój w sensie przekraczania stanów aktualnych i dążenia do stanów wyższych.”¹⁶ Na podstawie pracy z podopiecznymi w ŚDS w Łodzi mogę jednoznacznie stwierdzić, iż przekraczanie stanu ograniczeń chorych związanych z zaburzeniami procesów psychicznych jest możliwe w drodze kontaktów społecznych, dzięki którym mogą osiągnąć stan wyższy, stan człowieka miłującego, a tym samym więc możliwy jest rozwój osób z chorobą Alzheimera wypracowywany wspólnie wraz z ich opiekunami. Ta wspólnota uczuć, współodczuwanie opiekunów z chorymi stanowi gwarancję, iż podejmowana przez nich aktywność nie będzie tylko działaniem zamierzonym przede wszystkim dla osiągnięcia własnego sukcesu, samorealizacji, lecz służyć będzie głównie dobru podopiecznych.

Każdy okres w życiu człowieka, szczególnie ten naznaczony chorobą, posiada swoje ograniczenia, ale także możliwości. „Trzeba je tylko rozumnie i z sercem wypatrzeć, a żadna faza w cyklu biegnącego życia nie jest z istoty ani lepsza, ani gorsza, bo jest koniecznym elementem całości życia, jak pory roku w życiu przyrody.”¹⁷

Na podstawie pracy z podopiecznymi łódzkiego ŚDS mogę stwierdzić, że możliwe jest podnoszenie jakości życia osób z chorobą Alzheimera, a nawet jakość ta może być naprawdę wysoka. Powyższy stan można osiągnąć, a właściwie wypracować dzięki kontaktom społecznym chorych, tak intensywnym, jak i urozmaiconym. Kontakty społeczne mogą zapewnić chorym szczęście i radość podwyższając tym samym jakość ich życia, lecz muszą być one oparte na miłości. Pragnę zaznaczyć, że choroba Alzheimera nie

15. H. Hompkiewicz, Potrzeby osób w wieku starszym i próba ich realizacji, Wyd. Wyższej Szkoły Zarządzania, Sosnowiec, s. 104

16. L. Zając, Psychologiczna sytuacja człowieka starszego oraz jej determinanty, WSiP, Warszawa 2002, s. 64

17. J. Homplewicz, Wartości i cele Uniwersytetu Trzeciego Wieku, Rzeszów 2003, s. 174

umniejsza jakości życia osób nią dotkniętych. Jakość ta jest inna, co nie znaczy, że gorsza. Najlepszym potwierdzeniem powyższego niech będzie krótka rozmowa przeprowadzona przeze mnie z jedną z podopiecznych ŚDS w Łodzi na temat czym jest dla niej jakość życia.

Ja (dalej A.K.): Czym jest jakość życia?

Podopieczna (dalej P): Myślę, że to coś dobrego.

A.K.: Oznacza więc dobre życie?

P: Tak, tak myślę.

A.K.: A jakie to jest dobre życie?

P: No szczęśliwe...

A.K.: A co daje szczęście?

P: Jak się ludzie lubią to wtedy jest szczęście.

A.K.: Pani jest szczęśliwa?

P: Chyba tak...

A.K.: A teraz Pani jest szczęśliwa?

P: Tak, lubię jak tak siedzimy sobie... rozmawiamy...

A.K.: Ja też tak lubię.

P: Tak, wiem... i to właśnie jest szczęście.

Dla podopiecznych nie istnieje przeszłość ani przyszłość, istnieje jednak teraźniejszość, w której przejawia się życie w całej pełni. Ważne jest więc zachęcać chorych do wspólnej aktywności, organizować im wolny czas, dawać wiele przyjemnych chwil, ale przede wszystkim ofiarowywać im wiele ciepła i miłości w każdym momencie życia, bowiem choć za chwilę nic z owych działań i aktywności nie będą pamiętać, to w sercach ich pozostanie uczucie radości, poczucie bliskości i przyjaźni drugiego człowieka, poczucie bycia kochanym i ważnym. Szczęście jakie się z tym wiąże nie zanika, ale pozostawia ślad w sercu, które zdaje się bić wówczas żywiej i spokojniej, a wszystko to dzięki poczuciu bezpieczeństwa i zaspokojonych podstawowych ludzkich potrzeb, czyli potrzeby głodu „chleba” i miłości.

Finalizując, pragnę przytoczyć słowa 90-letniej Lucienne, podopiecznej domu pomocy społecznej, współautorki książki „Było wczoraj, jest jutro”, pod którymi podpisuję się i życzyłabym sobie, by słowa te były manifestem prawa starszego człowieka do miłości:

„Nie jesteśmy rzeczami. W naszym wieku człowiek wszystko bierze sobie do serca, nawet drobiazg sprawia nam ból. Zatem nie traktujcie nas, odkąd stajemy się zbyteczni i przeszkadzamy, jak pozbawionych uczuć marionetek. Rozmawiajcie z nami, pozwólcie nam jeszcze trochę o sobie decydować.”¹⁸

Wykaz literatury u Autorki

mgr Agnieszka Kubiak
magister pielęgniarstwa UM w Łodzi oraz licencjat
pedagogiki społecznej w zakresie pracy socjalnej
i opiekuńczo-wychowawczej UŁ

18. Lucienne, Nie jesteśmy rzeczami. List do dzieci, które oddały kobietę do domu pomocy społecznej, Inst. Wyd. Pax, Warszawa 2009, s. 87

XVII Jasnogórska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych

„Wyleczyć czasami, ulżyć często, pocieszyć zawsze” Cecily Saunders
- rola interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej

24-27 stycznia 2013 roku; Częstochowa, Jasna Góra

PTPOP

Polskie Towarzystwo
Pielęgniarstwa
Opieki Paliatywnej

Sprawozdanie z XVII Jasnogórskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych

mgr ELŻBIETA RUTA, spec. EWA GAWĘDA

Konferencja rozpoczęła się 24 stycznia spotkaniem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej. Na walnym zebraniu poruszyliśmy bardzo ważne tematy dotyczące pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Konsultant krajowy mgr Izabela Kaptacz nawiązała do istotnego tematu Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® w dokumentacji pielęgniarskiej (przewidywany termin wprowadzenia lipiec 2014). Zostały również omówione działania konsultanta krajowego i konsultantów wojewódzkich (obecnie sześciu w naszym kraju) w sprawie utrzymania specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Poruszyliśmy również problemy nurtujące pielęgniarki z terenu całej Polski.

Zgodnie z tradycją konferencję zaingurowała msza święta w Kaplicy Cudownego Obrazu Matki Boskiej Częstochowskiej. Po zakończonej mszy uczestnicy konferencji udali się do Domu Pielgrzyma, gdzie rozpoczęły się wykłady. Zebranych i zaproszonych gości przywitała w imieniu Komitetu Organizacyjnego mgr Izabela Kaptacz. Obecna konferencja zbiegła się z jubileuszem 20-lecia Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, której założycielem i prezesem jest mgr Anna Kaptacz. Wysłuchaliśmy historii powstania oraz działania Częstochowskiego Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej. Pani Prezes i jej zespół otrzymał gratulacje i życzenia dalszych sukcesów od zaproszonych gości i uczestników konferencji. Część oficjalną zakończył nieoficjalny akcent, gromkie sto lat odśpiewane przez wszystkich zgromadzonych.

Temat przewodni konferencji „Wyleczyć czasami, ulżyć często, pocieszyć zawsze” przewijał się przez wiele wykładów. Nie zabrakło wybitnych osobowości. Z Departamentu Zdrowia wykład przedstawiła pani mgr Beata Cholewka mówiąc o opiece



paliatywnej w perspektywie organizacji ochrony zdrowia. W niezwykle interesującym wystąpieniu pani prof. dr hab. n. med. Krystyny de Walden-Gałuszko „Zobaczyć w chorym człowieka mimo wypalenia i rutyny” została zwrócona uwaga na rutynę w pracy i zespół wypalenia zawodowego. Brak odkrywania nowych rozwiązań, niechęć nawiązywania kontaktów z pacjentem, sztywność poglądów, nawykowe narzekanie prowadzi do rutyny. Nadmierna ideowość i uleganie nawykowi jest główną przyczyną wypalenia zawodowego. Unikniemy tego jeśli zaczniemy dostrzegać pozytywne reakcje na zdarzenia, które nas spotykają oraz zaczniemy doceniać swoje sukcesy i osiągnięcia.

Prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkowicz w swoim wykładzie zwrócił uwagę na rolę zespołu interdyscyplinarnego w podnoszeniu jakości życia chorych terminalnie, uwzględniając nieocenioną rolę pielęgniarki. Nie można pominąć również roli wolontariuszy w opiece paliatywno-hospicyjnej.

Wysoki poziom merytoryczny konferencji i sesji warsztatowych pozwolił na poszerzenie wiedzy, wymianę doświadczeń i nawiązanie nowych kontaktów.

Zwiedzanie Jasnej Góry, koncert Jasnogórskiej Orkiestry Dętej i spektakl teatralny na zakończenie dopełniły atmosferę niepowtarzalnego klimatu konferencji. Wrażenia minionych czterech dni zapadły głęboko w psychikę i duszę każdego uczestnika, jak dało się usłyszeć w kuluarach. Dziękujemy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi za możliwość wzięcia udziału w konferencji.

www.oipp.lodz.pl

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

TEB Edukacja

proVena
centrum doradczo-szkolenioweUNIA 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 pielęgniarki 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



SALVE ZOZ Sp. z o.o.

zatrudni pielęgniarkę z doświadczeniem
na cały etat do pracy w poradni miejsce pracy: Łódź ul. A. Struga 3

Prosimy o wysyłanie aplikacji na adres mailowy: biuro.struga@salve.pl
z tytułem maila „PIELĘGNIARKA-PORADNIA”



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 PIELĘGNIAREK

Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo operacyjne • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej • Pielęgniarstwo kardiologiczne •
Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo onkologiczne •
Pielęgniarstwo zachowawcze • Pielęgniarstwo chirurgiczne • Pielęgniarstwo pediatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej

SPECJALIZACJE DLA POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo położnicze

SPECJALIZACJE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo neonatologiczne • Pielęgniarstwo epidemiologiczne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK

Pielęgniarstwo anestezyjologiczne 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

SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Edukator w cukrzycy • Leczenie ran

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków • Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania
spirometrycznego • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Wykonanie
konikopunkcji i odbarczenie odmy przeżnej oraz wykonanie dojścia dożylkowego • Żywnienie enteralne i parenteralne

KURSY DLA OSÓB ZATRUDNIONYCH W OCHRONIE ZDROWIA

Kurs w zakresie pierwszej pomocy • Kurs dla sanitariuszy szpitalnych • EKG dla ratowników • Trening komunikacji z pacjentem
• Usprawnianie lecznicze osób z dysfunkcją narządu ruchu • Podstawy fizykoterapii

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

**PŁATNOŚĆ
ROZKŁADAMY NA
DOGODNE,
MIESIĘCZNE RATY**

Możliwość dofinansowania przez ORPIP
GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl

Sprawozdanie ze spotkania PTPAiO – Oddział Łódzki

mgr JOLANTA ŁOŚ



W dniu 1 marca 2013 r. w siedzibie OIPIP w Łodzi odbyło się spotkanie członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki (PTPAiO) – Oddziału Łódzkiego.

Pierwsze działania na rzecz pielęgniarstwa anestezyjologicznego zostały poczynione około 43 lata temu. W Krakowie,



11 września 1970 r. powstała pierwsza sekcja pielęgniarska w ramach Towarzystwa Anestezjologów Polskich. Zaowocowało to systematycznym organizowaniem w ramach kolejnych zjazdów anestezjologów polskich, pełnych sesji poświęconych pielęgniarstwu. Powstały również oddziały regionalne, a w czasopiśmie „Anestezjologia i Intensywna



Terapia” zaczęły być publikowane prace przez pielęgniarki i dla pielęgniarek. Wydano także podręczniki częściowo oraz w całości poświęcone temu zagadnieniu.

Oddział Łódzki jest najstarszym oddziałem regionalnym PTPAiO. Od listopada 2012 roku przewodniczącą została mgr Elżbieta Janiszewska, było to więc pierwsze spotkanie, na którym członkom Towarzystwa zaprezentowały się osoby będące obecnie w zarządzie. Omawiano sprawy organizacyjne oraz statutowe. Dyskutowano na tematy związane z dalszym rozwojem Towarzystwa, koniecznym aktywniejszym udziałem członków w rozpropagowaniu organizacji, nawiązaniem współpracy z innymi organizacjami pielęgniarskimi, publikowaniem wiedzy specjalistycznej w prasie pielęgniarskiej, eksponowaniem przynależności do Towarzystwa poprzez umieszczanie emblematu na mundurach służbowych.

Stosunkowo krótko działający zarząd może poszczycić się już pierwszymi osiągnięciami – Oddział Łódzki PTPAiO od marca 2013 roku posiada własną stronę internetową, na której umieszczane będą, oprócz komunikatów i innych spraw organizacyjnych, publikacje członków Towarzystwa



dotyczące wiedzy specjalistycznej, przede wszystkim z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

Spotkanie przebiegało w miłej atmosferze, uczestnicy mogli podzielić się swoimi spostrzeżeniami, pomysłami co do dalszej wizji funkcjonowania Towarzystwa oraz zapoznać się z szeroką gamą asortymentu medycznego, ułatwiającego pielęgnację jak i zwiększającego bezpieczeństwo pacjentów, oferowanego przez firmę BILLMED.

mgr Jolanta Łoś – sekretarz PTPAiO

<http://ptpaiio-lodz.one.pl>



Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie zaprasza na warsztaty dla pielęgniarek, pielęgniarzy, położnych organizowane przez Wydawnictwo Lekarskie PZWL

Nowe procedury przeciwdziałania zakażeniom i zaostrzone wymagania sanitarno-higieniczne. Co w praktyce pracy pielęgniarki oznaczają przepisy nowego rozporządzenia wchodzącego w życie z dniem 11 maja 2013 roku?

Warszawa 12.04.2013

Poznań 15.04.2013

Katowice 22.04.2013

Czas trwania szkolenia: jeden dzień, około 7 godzin

Program warsztatów:

Moduł 1: Praktyczny komentarz do nowych obowiązków od 11 maja 2013

Wszystko o nowych zasadach – moduł prowadzony w układzie dyskusji eksperckiej, podczas której:

- nowe obowiązki pracodawców
- bezpieczny sprzęt w praktyce
- nowe obowiązki pracownika w przypadku zranienia ostrymi narzędziami

Moduł 2: Wprowadzenie nowych wymagań na przykładach

- cechy bezpieczeństwa sprzętu medycznego i narzędzi,
- zasady bezpieczeństwa w przypadku pracy ze sprzętem – jak powinna wyglądać bezpieczna praca ze sprzętem, jak prowadzić profilaktykę ekspozycji zawodowej, jak przechowywać i utylizować sprzęt
- błędy w postępowaniu poekspozycyjnym
- nowa dokumentacja krok po kroku: rejestr – wykaz – protokół

Moduł 3: Moje warsztaty: Formuła zakładu interaktywne metody nauczania, wizualizację, dramę dydaktyczną, pracę w podgrupach, pokaz filmu i dyskusję

Zgłoszenia przyjmujemy elektronicznie na adres: www.pzwlkonferencje.pl/ekspozycja/rejestracja

Specjalna oferta cenowa dla członków PTP:

- do 29 marca 2013 r. – cena 199 PLN brutto (zamiast 299 PLN) – w tej ofercie dostępnych jest po 15 miejsc na każde miasto

- od 30 marca 2013 r. – cena 269 PLN brutto (zamiast 369 PLN)

Na hasło PTP – wpisane w uwagi w formularzu zamówienia.

Więcej: http://www.ptp.na1.pl/images/plakaty_ulotki/zak%B3ucia_warsztaty.pdf

Zwiedzamy port lotniczy Łódź im. W. Reymonta

ZDZISŁAWA KULESZA

W dniu 18 stycznia 2013 r. o godz. 9.30 spotykamy się na lotnisku. Urodziwy i przystojny pan Robert Zapędowski będzie naszym przewodnikiem. Wchodzimy do budynku kontroli dowodów i osobistej każdego uczestnika. Z budynku wychodzimy do autokaru, którym zwiedzamy teren lotniska. Pan przewodnik zapoznaje nas z historią portu, który był ważnym obiektem w latach 50., później przekształcony na sportowy, by dopiero w latach 90. XX wieku odzyskiwać coraz większe znaczenie. Mijamy nową imponującą wieżę kontroli ruchu lotniczego, z której 13 listopada 2012 r. wydano pierwszą zgodę na lądowanie. Ma ona pięć kondygnacji a sala operacyjna znajduje się na wysokości 31,5 m. Pracują w niej dwie osoby plus jedna, która ma godzinną przerwę na odpoczynek, gdyż praca kontrolerów wymaga pełnej gotowości do pełnienia zadań. W 2012 r. najwięcej operacji w ciągu miesiąca to było 5679 startów i lądowań a rekord padł 22 lipca 2012 r., gdy było 315 operacji lotniczych. Widzimy z autokaru budynki zakładu remontowego dla śmigłowców. Wsiadamy z autokaru przed siedzibą straży pożarnej i wchodzimy do środka, oglądamy ogromne wozy strażackie, bogato wyposażone w nowoczesne urządzenia, dwa działka – na górze i dole mogą wylać 8 tysięcy metrów wody na minutę. Strażak opowiada o sprzęcie i zadaniach oraz demonstruje zjazd po rurze. Prowadzi nas na trzecie piętro, gdzie mieści się punkt dowodzenia z widokiem i tarasem, z którego widać całe lotnisko. Pas startowy ma 2,5 km długości i 60 m szerokości a całe lotnisko obejmuje teren 200 ha. Budynek straży jest tak usytuowany, by w ciągu 1–3 minut dotarły wozy do samolotu. Wóz strażacki osiąga prędkość 80 km w 8 sekund. By samolot mógł lądować, musi być 800 metrów widoczności. Obserwujemy start samolotu do Londynu.

Na terenie portu otwarto nową bazę Lotniczego Pogotowia Ratunkowego dostosowaną do standardów unijnych. Pracuje w nim czterech pilotów i ośmiu lekarzy. Helikopter może latać w nocy i w trudnych warunkach pogodowych, jest w nim inkubator do przewozu noworodka. Budowa nowych obiektów lotniska była współfinansowana z funduszy Unii Europejskiej. Przed terminalem ma powstać ekspozycja wyremontowanych starych samolotów dla zwiedzających. Jeden milion pasażerów generuje powstanie zysku, w zeszłym roku było 462 tysiące a nasz port może ich przyjąć 2 miliony.

Wracamy do terminalu, gdzie na tablicy widzimy trzy loty: London, Copenhaga i Liverpool. Żegna nas pan przewodnik zbierając przywieszki i rozdając zapachowy gadżet oraz ulotkę. Dziękujemy za bogatą w treści i obiekty wycieczkę.

Składam na ręce Pana dr n. med. **Janusza Piątkowskiego** z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddziału Nefrologii ze Zgierza podziękowania i wyrazy wdzięczności za ratowanie mojego zdrowia i życia. Jednocześnie pragnę podziękować współpracującym z nim dr **Magdalenie Olejniczak-Fortak** oraz pielęgniarce oddziałowej **Pani Jolancie Florkowskiej**. Wyrazy wdzięczności za życzliwość, oddanie i codzienne poświęcenie przesyłam również pielęgniarkom – Paniom: **Agnieszce Błaszczyk** oraz **Izabeli Grzelązce** oraz innym pracownikom szpitala.

Jeszcze raz proszę o przyjęcie wyrazów głębokiej wdzięczności i życzeń wszelkiej pomyślności zarówno w pracy jak i w życiu prywatnym. Z całego serca dziękuję!

wdzięczny pacjent Wojciech Nolbrzak z rodziną

Na przełomie miesięcy listopada i grudnia 2012 r. przebywałam w szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Tryb. Serdeczne podziękowania pragnę złożyć dr **Zbigniewowi Haze** za fachowo przeprowadzoną operację, leczenie oraz miłą atmosferę. W szczególny sposób pragnę wyrazić swą wdzięczność personelowi średniemu, a więc paniom pielęgniarkom i położnym na czele z Oddziałową, to są „Anioły”. Tyle w nich ciepła, uśmiechu i życzliwości, nigdy nie zmęczone. Każda prośba pacjenta wysłuchana ze spokojem, nie stanowiła dla nich żadnego problemu. Podziękowania pragnę złożyć także paniom, które dbały o czystość na oddziale. Jeszcze raz podziękowania dla całego personelu za wspaniałą opiekę i serdeczność z jaką się spotkałam.

była pacjentka Zofia Szczęka

Pragnę złożyć podziękowania pielęgniarkom i lekarzom Oddziału Chirurgii Naczyniowej Szpitala MSWiA z Łodzi za troskliwą opiekę, którą obdarzyli moją matkę Henrykę Jędrzejczyk w ostatnich chwilach życia.

wdzięczna córka Bożena Szakup

Pragnę z całego serca podziękować za wspaniałą opiekę pielęgniarską podczas mojego pobytu w Szpitalu Miejskim im. dr H. Jordana w Łodzi na oddziale ginekologii operacyjnej. Spotkałam się tutaj z ogromną życzliwością i pomocą, której czasami tak bardzo brakuje w innych szpitalach. Dziękuję Paniom: **Barbarze Dobrskiej, Monice Jagielskiej**, zawsze uśmiechniętej i skorej do pomocy **Ilonie Hesse, Dorocie Wojtczak, Joannie Sierka, Anie Kubiak, Halinie Kałużna, Izabeli Mosińskiej** oraz ogromne podziękowania dla Pani **Ewy Jatczak** za ogromną pomoc i wsparcie. Dzięki ciepłu i umiejętności indywidualnego podejścia do pacjenta mogłam zapomnieć o stresie jaki mi towarzyszył w związku z pobytem w szpitalu. Takim personelem można się poszczycić.

pozdrawiam Jadwiga Potrzebowska

Są chwile co długo w pamięci zostają,
Choć czas upływa, nie przemijają,
Są też osoby które poznane,
Nie będą nigdy już zapomniane

Podziękowania dla Pani **Małgorzaty Trzewikowskiej** – Pielęgniarki Oddziałowej Izby Przyjęć USK im.WAM-CSW Łódź (ul.Sterlinga 1/3) za długoletnią pracę zawodową w związku z przejściem na emeryturę. Pani Małgosiu, stworzyła Pani bardzo dobrą atmosferę w pracy, dbała o to, abyśmy czuli się pewnie i bezpiecznie, a wszystko było na najwyższym poziomie. Dziękujemy

Pracownicy Izby Przyjęć USK im.WAM-CSW
Łódź ul. Sterlinga 1/3



*Ostatnia droga...
Spojrzenie ku ziemi.
Bóg wzywa do nieba
Czas by się rozstać
Dusza pofrunie wysoko...
Na ziemi i w sercach zostaną
wspomnienia...*

Z żalem i wielkim smutkiem żegnamy zmarłą
w dniu 2 lutego 2013 r. naszą Koleżankę

Dorotę Gotowicką

Wieloletnią Pielęgniarkę Oddziałową
Oddziału Ortopedyczno-Urazowego
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Skierniewicach

Droga Dorotko, byłaś koleżanką, przyjaciółką, profesjonalną pielęgniarką, Kobiętą o Wielkim Sercu i wrażliwej duszy, czym pozyskiwałaś sobie sympatię i życzliwość.

Konsekwentna i nieustępliwa w swych postanowieniach, nieustannie walczyłaś o podnoszenie prestiżu zawodowego.

Zawsze otwarta, gotowa nieść bezinteresowną pomoc z ogromnym szacunkiem dla drugiego człowieka.

Będzie nam Ciebie brakowało, Twojego uśmiechu, słów pocieszenia w trudnych życiowych chwilach.

Odeszłaś zbyt wcześnie, lecz „nie umiera ten, kto trwa w sercach i pamięci naszej”

Koleżanki Pielęgniarki i Położne
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Skierniewicach

Jak trudno żegnać kogoś, kto mógł być z nami

Z ogromnym żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszej Koleżanki
Członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych V i VI kadencji

Doroty Gotowickiej

Odeszła od nas tak nagle pozostawiając smutek i żal, a chcieliśmy jeszcze tak wiele dokonać. Dorota była człowiekiem ogromnej odwagi i prawości, oddana pracy i ludziom.

Pozostanie na zawsze w naszej pamięci.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi