

# 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 69 63 w. 315

## Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

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

## Konto bieżące OIPiP

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

## Prawo wykonywania zawodu

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

## Kształcenie podyplomowe

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

## 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

## Mecenas

wtorek: 14.00 – 18.00, czwartek: 12.00 – 14.00  
tel. 42 633 71 06

## Kasa

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

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

# W NUMERZE:

**SERWIS INFORMACYJNY** 2

**PODZIĘKOWANIA** 3

**DZIAŁ PRAWNY** 5

**TEMAT MIESIĄCA** 7

**PRAKTYKA ZAWODOWA** 11

**SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE** 23

**POŻEGNANIA** 26

**GŁOS ZE ŚRODOWISKA** 27

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



# „Dzień z Pielęgniarką i Położną” – Manufaktura 2013



Już po raz ósmy 11 maja z okazji Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi i Zarząd Regionu Łódzkiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych zorganizowały wspólnie akcję profilaktyczną dla mieszkańców Łodzi „Dzień z Pielęgniarką i Położną” na terenie Manufaktury. Tegoroczne spotkanie białego personelu z lokalną społecznością naszego miasta objęte było Honorowym Patronatem Wojewody Łódzkiego, Prezydenta Miasta Łodzi oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. W akcji wzięły udział również łódzkie uczelnie kształcące pielęgniarki i położne Uniwersytet Medyczny i Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna oraz przedstawiciele innych zawodów dbających o nasze bezpieczeństwo, Policja i Straż Pożarna. Akcja miała na celu działania prewencyjne w myśl starego hasła „lepiej zapobiegać niż leczyć”. W przygotowanych punktach medycznych pielęgniarki i położne edukowały mieszkańców i wdrażały profilaktykę zdrowotną w zakresie min: nauki samobadania piersi, kontroli ciśnienia krwi, poziomu glukozy we krwi, porad w zakresie opieki i pielęgnacji noworodka i niemowlęcia, porad w zakresie diety, pomiaru tkanki tłuszczowej,

zdrowego trybu życia. Panie po 50-tym roku życia mogły wykonać mammografię gdyż jak co roku dojechał do nas Mamobus. W tegorocznej akcji uczestnicy mogli dowiedzieć się jak zapobiegać zakażeniom i jak dbać o czystość rąk, jak również mogli skorzystać z punktu psychoterapii i punktu dbania o stopy. Jak corocznie koleżanki głównie z Komisji



Kształcenia i Promocji Zawodu uczyły postępowanie podczas udzielania pierwszej pomocy z zakresu resuscytacji. W ćwiczeniach na fantomach aktywnie uczestniczyli nie tylko dorośli ale i dzieci. Działania edukacyjne skierowane były głównie do kobiet choć i panowie korzystali z możliwości proponowanej profilaktyki np. z badania tkanki tłuszczowej niektórzy panowie wraz z partnerkami uczestniczyli w pokazie samobadania piersi. Dzień upłynął w miłej atmosferze i miejmy nadzieję, że przedsięwzięcie spełniło swoje założenia i mieszkańcy Łodzi mogli dowiedzieć się jak zapobiegać chorobom.

Organizatorzy akcji – OIPIP i Zarząd Regionu OZZPIP – składają podziękowania wszystkim pielęgniarkom i położnym które wzięły udział w zorganizowaniu i przeprowadzeniu tej corocznej już akcji profilaktycznej dla mieszkańców naszego miasta oraz wszystkim sponsorom, którzy pomogli i uczestniczyli w tym wydarzeniu.

Dzień z Pielęgniarką i Położną jest już tradycją na Rynku Manufaktury więc zapraszamy za rok. (J.G.)

W kwietniu br. byłam pacjentką na Oddziale Kardiologii w SSW w Piotrkowie Trybunalskim. Za pośrednictwem Biuletynu chciałabym podziękować całemu zespołowi pielęgniarek, a zwłaszcza oddziałowej – pani **Halinie Rejniak**

z wyrazami szacunku  
pacjentka – Gertruda Matras

W związku z przejściem na emeryturę pani **Teresy Kinderman** – pielęgniarki pediatrycznej MP „Lecznicza” filia „Zanewska” w Łodzi – pragniemy złożyć serdeczne podziękowania za profesjonalizm, cierpliwość oraz pełną zaangażowania długoletnią pracę zawodową. Dziękujemy za ciepło, troskę i uśmiech. Życzymy zdrowia, pogody ducha i sukcesów w realizacji życiowych planów.

Koleżanki i Koledzy  
z MP „Lecznicza” filia „Zanewska”

## „Dzień z Pielęgniarką i Położną” w Instytucie CZMP

Dnia 13 maja w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki, jak w poprzednich latach, odbyło się uroczyste spotkanie z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Międzynarodowego Dnia Położnej.

Swoją obecnością zaszczyliła nas Pani mgr Agnieszka Kałużna Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Organizatorzy uroczystości Naczelna Pielęgniarka i Dyrektor Instytutu CZMP składając życzenia, wyrazili podziękowania za pracę i zaangażowanie w codziennym, trudnym pełnieniu służby przy pacjentce. Życzyli realizacji zamierzeń zawodowych oraz spełnienia w życiu osobistym i rodzinnym.

Następnie z dedykacją: „za dotychczasowe zaangażowanie w pracę, wyróżniającą się postawą zawodową, profesjonalne prowadzenie szkoleń nowo przyjętych koleżanek”, kilka pielęgniarek i położnych otrzymało Nagrodę Dyrektora.

Przewodnicząca ORPiP zabierając głos podkreśliła rangę zawodu pielęgniarki, położnej w zespole terapeutycznym. Kolejnym punktem programu był wykład Pani

prof. Iwony Maroszyńskiej i mgr Wioletty Cedrowskiej – Adamus na temat: Neonatologia wczoraj i dziś.

Uroczystość zakończyła się słodkim poczęstunkiem.



*Nauka jest jak niezmiernie morze...  
im więcej jej pijesz, tym bardziej jesteś spragniony*

Stefan Żeromski

**Dorocie Kilańskiej**

**Serdeczne gratulacje z okazji obrony  
pracy doktorskiej!**

Niech te wszystkie lata Twojej determinacji, poświęcenia, nauki, okiełznanego stresu i zwalczonych przeciwności zaowocują kolejnymi sukcesami zarówno w życiu zawodowym, jak i osobistym. Pamiętaj, że edukacja jest najlepszą inwestycją, zatem inwestuj w siebie, poszerzaj swoje horyzonty, ciesz się sukcesami, wyciągaj wnioski z porażek, a przede wszystkim zmierzaj do wyznaczonego przez siebie celu. Spełniaj się w tym co robisz!

Zarząd Oddziału PTP  
Członkowie Koła przy Zarządzie Oddziału PTP

## Z prac Okręgowej Rady

### XVII posiedzenie ORPiP w dniu 9 kwietnia 2013 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi i wydano nowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Wydano nowe prawo wykonywania zawodu położnej – 1 położnej.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek.
- ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyki pielęgniarek i 2 praktyki położnych.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki.
- ▶ Dokonano, na wniosek organizatora, wpisu i zmiany we wpisie do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – u organizatorów: „Akademia Zdrowia” z Łodzi i „Teachmed” z Opola.

▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w: kursach kwalifikacyjnych – 16 osobom, kursach specjalistycznych – 12 osobom.

▶ Odmówiono przyznania dofinansowania 5 osobom, ze względów regulaminowych: brak udokumentowania okresu dwóch lat opłacania składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi przed złożeniem wniosku lub wnioski złożone po terminie.

▶ Powołano skład osobowy Okręgowej Komisji Wyborczej, zatwierdzono regulamin wyborów uzupełniających delegatów na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi VI kadencji, w trzech rejonach wyborczych OIPiP w Łodzi, Nr: 2, 23 i 43.

▶ Zatwierdzono:

- koszty zakupu sprzętu komputerowego do biura OIPiP w Łodzi.
- dodatkowe 2 edycje kursu specjalistycznego w zakresie Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07), program dla pielęgniarek i położnych, w składzie – Specjalistycznym Psychiatrycznym Szpitalu im. J. Babińskiego w Łodzi.
- sfinansowanie udziału dwóch przedstawicieli Komisji opieki paliatywno-hospicyjnej i długoterminowej w Konferencji „Hospicjum 2013” w Toruniu.

• kadre dydaktyczną dla czterech kursów organizowanego przez OIPiP w Łodzi.

• koszty organizacyjne „Dni z pielęgniarką i położną” w Manufakturze w Łodzi, w dniu 11 maja 2013 r., do kwoty 1500 zł.

• zmiany korygujące do Uchwały Nr 435/VI ORPiP w Łodzi z dnia 09.10.2012 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego oraz Uchwały Nr 437/VI ORPiP w Łodzi z dnia 09.10.2012 r. w sprawie regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom OIPiP w Łodzi – tekst regulaminów i druki wniosków dostępne na stronie internetowej OIPiP w Łodzi.

• przeznaczenie środków przekazanych OIPiP w Łodzi przez Fundację „Jesteśmy razem” (likwidacja fundacji), w kwocie 11.408,56 zł na sfinansowanie edycji kursu specjalistycznego w zakresie Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (Nr 01/11), program dla pielęgniarek i położnych, organizowanych przez OIPiP w Łodzi.

• plany pracy 8 komisji problemowych i 1 zespołu problemowego OIPiP na rok 2013.

▶ Wytypowano 8 przedstawicieli do komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej odbywających się w Łodzi, Bełchatowie, Radomsku i Tomaszowie Mazowieckim – szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne, programy dla pielęgniarek i położnych.

### XVI posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 24 kwietnia 2013 r.

▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 9 pielęgniarek.

▶ Wydano nowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.

▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.

▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.

▶ Wykreślono z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.

▶ Przyjęto oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarki.

▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktykę zawodową położnej.

▶ Dokonano zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek.

▶ Dokonano trzech wpisów i jednej zmiany we wpisie w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – organizator „Akademia Zdrowia” z Łodzi.

▶ Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym, w: kursie kwalifikacyjnym – 40 osobom, kursie specjalistycznym – 20 osobom. 3 osobom odmówiono przyznania dofinansowania ze względów regulaminowych – brak: udokumentowania regularnego opłacania składek członkowskich, minimum przez okres dwóch lat przed złożeniem wniosku, przedłożenia oryginałów dokumentów.

▶ Przyznano 7 pomocy finansowych – zapomóg w wysokości: 4 × 2000 zł, 2 × 1500 zł, 1 × 1200 zł. Odmówiono 1 osobie przyznania pomocy, ze względów regulaminowych – brak sytuacji losowej dotyczącej członka samorządu.

▶ Zatwierdzono:

- koszty zakupu 1 egzemplarza książki do zbiorów biblioteki OIPiP w Łodzi,
- skład osobowy dwóch komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych kursu: specjalistycznego i kwalifikacyjnego, realizowanych przez OIPiP w Łodzi,

• zmiany w składzie osobowym 2 komisji problemowych OIPiP: pielęgniarek rodzinnych i pielęgniarek medycyny szkolnej,

• zmiany i powołano pełnomocników i ich zastępców w rejonie wyborczym Nr 2 i Nr 9,

• koszty zakupu 2 oprogramowań dla 2 stanowisk komputerowych w biurze OIPiP,

• kadre dydaktyczną dla 3 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.

• honoraria dla 4 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP Nr 4/2013,

▶ Powołano przedstawicieli do składów osobowych komisji konkursowych na stanowiska kierownicze – dyrektorów ds. lecznictwa w 2 zakładach.

oprac. mgr Maria Kowalczyk  
sekretarz ORPiP

Krajowy Konsultant w dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego  
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dzieciątęcy, 10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18A  
tel. 089 539 34 55, e-mail: piskorz@wssd.olsztyn.pl

### Opinia w sprawie cewnikowania pęcherza moczowego u dzieci przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania z dnia 12.04.2013 r.

Zakres świadczeń, który powinien być realizowany przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, określa Załącznik nr 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.10.2010 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Podstawowe zadania mieszczą się w obszarze profilaktyki pierwszo- i drugorzędowej. Jednakże pkt 4 ust. 2 Części I załącznika nr 4 do ww. rozporządzenia określa świadczenia w odniesieniu do dzieci z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w sposób następujący:

„...sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarstkich oraz **wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego** i w porozumieniu z lekarzem POZ, na której liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych, **koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole...**”

Co to oznacza? Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania nie tylko może, ale powinna wykonać zabieg/procedurę związaną z cewnikowaniem pęcherza moczowego u ucznia, jeśli uczeń ma stwierdzoną chorobę przewlekłą lub niepełnosprawność, a wykonanie tego zabiegu np. odbarczenie moczu, jest konieczne do wykonania w trakcie pobytu ucznia w szkole. Taki zabieg może być wykonany

tylko na zlecenie lekarza POZ, na liście którego znajduje się uczeń i w porozumieniu z tym lekarzem, a nie na zlecenie poradni specjalistycznej. Oczywiście niezależnie od zlecenia lekarskiego, powinna być zgłoszona prośba rodziców i ich zgoda oraz zgoda ucznia, jeśli skończył 16 lat.

Nie istnieje akt prawny, który ograniczałby kompetencje pielęgniarek do cewnikowania tylko dziewczynek i wyłączałby z tych kompetencji cewnikowanie chłopców. Pielęgniarki wykonujące zabiegi/procedury cewnikowania pęcherza u uczniów, powinny posiadać wiedzę i umiejętności w stosowaniu zabiegu cewnikowania pęcherza moczowego dzieci obojga płci.

Pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, które nie wykonywały tych procedur, bądź ich umiejętności się zdezaktualizowały (co jest rzeczą oczywistą, jeśli zabiegów nie wykonuje się na co dzień), wówczas powinny nabyć wiedzę i umiejętności w toku kształcenia podyplomowego. Może to być krótki kurs doskonalący, który zostanie zorganizowany na bazie najbliższego ośrodka pediatrycznego przez podmiot prowadzący kształcenie.

dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek  
Krajowy Konsultant  
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego



W związku z licznymi doniesieniami, związanymi z ogólnopolskimi praktykami, mającymi na celu uzupełnianie kadry pielęgniarskiej w oddziałach szpitalnych poprzez przesunięcia pielęgniarek anestezyjologicznych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezyjologicznych i Intensywnej Opieki wraz z Grupą Roboczą ds. praktyki w pielęgniarstwie anestezyjologicznym i intensywnej opieki reprezentuje stanowisko, że powyższe **działania są niedopuszczalne**.

Zadaniem pielęgniarki anestezyjologicznej, pełniącej dyżur w ramach oddziału anestezyjologii – podobnie jak lekarza anestezyjologa – jest bycie w pełnej gotowości do udzielania świadczeń w zakresie współpracy podczas wykonywania znieczuleń w trybie pilnym i planowym oraz niejednokrotnie udzielania świadczeń w ramach wewnątrzszpitalnego zespołu reanimacyjnego na terenie całej jednostki u pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Pielęgniarka współpracuje, czyli tworzy zespół anestezyjologiczny, z lekarzem anestezyjologiem zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

W interwencjach zespołu anestezyjologicznego – zatrzymanie oddechu, nagłe zatrzymanie krążenia, ciecice cesarskie ze wskazań życiowych, znieczulenie pacjenta z urazem wielonarządowym, pęknięty tętniak, etc. – niejednokrotnie minuty decydują o życiu pacjenta. I nie mogą to być minuty przeznaczone na poszukiwanie pielęgniarki anestezyjologicznej, która aktualnie udziela świadczeń na innym stanowisku pracy. Stwarza to bezpośrednie zagrożenie dla życia pacjentów, których stan dramatycznie się pogorszył i wymaga pilnej interwencji. Pomijając sytuacje epidemiologiczną, oraz zaniechania obowiązujących standardów, stwarza to również zagrożenie dla pacjentów innych oddziałów, gdzie aktualnie została przesunięta pielęgniarka anestezyjologiczna.

Proces pielęgnowania u tych pacjentów, jak sama nazwa wskazuje, nie jest czynnością doraźną, którą można podejmować i przerywać w dowolnym momencie. Zwiększa to zdecydowanie niebezpieczeństwo wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz burzy poczucie bezpieczeństwa pacjenta i powoduje sytuację stresową u pielęgniarki.

Niedopuszczalne jest, aby pielęgniarka anestezyjologiczna udzielała świadczeń medycznych w innym oddziale, przerywała je w trakcie realizacji, oraz wracała do swoich obowiązków wynikających z zatrudnienia w oddziale anestezyjologii, po czym ponownie wracała do pracy na innym oddziale.

Taka organizacja pracy nie ma nic wspólnego z przepisami Kodeksu Pracy dotyczącymi oddelegowania pracownika na równoległe stanowisko – art. 42 §2 Kodeksu Pracy. Żadne akty prawne nie uprawniają pracodawcy do nakładania podwójnej odpowiedzialności na pielęgniarkę anestezyjologiczną. Tym bardziej, że nie są znane przypadki, aby taką odpowiedzialność nakładać na pielęgniarkę innych specjalności, kierując je do pracy w oddziale anestezyjologii. Podobnie jak nie ma żadnych aktów prawnych pozwalających, poprzez złą organizację pracy, na dopuszczanie do sytuacji, w której zdrowie bądź życie pacjenta zostaje zagrożone. W zapewnieniu wysokiej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, istotną rolę odgrywa prawidłowa obsada stanowisk pielęgniarskich – odpowiednia ilość personelu + odpowiednie kwalifikacje.

Ponadto nakaz podwójnej odpowiedzialności nakładany na jedną tylko grupę pielęgniarek jest przejawem nierównego traktowania. Wyraz temu dał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 3 kwietnia 2008 roku, gdzie w uzasadnieniu czytamy: **„Za przejaw nierównego traktowania uznać należy wprowadzony (...) obowiązek świadczenia (...) pracy na rzecz innych oddziałów w czasie, gdy nie były wykonywane zabiegi operacyjne. Żadna inna grupa pielęgniarek takiego obowiązku nie miała, a przynajmniej nie został on wyrażony w formie zarządzenia. W ocenie sądu pierwszej instancji takie zachowanie pracodawcy nosi znamiona tzw. Dyskryminacji pośredniej w zatrudnieniu(...)”**

mgr Paweł Witt  
prezes  
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek  
Anestezyjologicznych i Intensywnej Opieki

# 14 czerwca Światowy Dzień Krwiodawcy

mgr JOLANTA KORBICKA



„Bogaty nie jest ten, kto posiada, lecz ten, kto daje”  
Jan Paweł II

14 czerwca – Światowy Dzień Krwiodawcy, to święto dedykowane honorowym dawcom krwi. To dzień urodzin Karla Landsteinerja, który w 1901 roku odkrył, że w krwinkach czerwonych występują dwa antygeny, które warunkują zjawisko aglutynacji (zlepiania się krwinek) w zetknięciu z krwinkami o odmiennej strukturze antygenowej. Na podstawie tych obserwacji wyróżnił trzy grupy krwi, za co otrzymał w 1930 roku Nagrodę Nobla.

## Historia krwiolecznictwa

Krew od zawsze była w centrum zainteresowania człowieka. Od najdawniejszych czasów uważano ją za płyn, który gromadzi substancje powodujące choroby, jak i za płyn, który uzdrowia. Prekursorem pierwszych zabiegów powiązanych z krwią był ojciec medycyny - Hipokrates. To on, jako pierwszy zastosował upusty krwi, które miały na celu pomaganie naturze, podtrzymywanie sił chorego i pomoc w wydalaniu szkodliwych substancji. Jakkolwiek upusty krwi były wykonywane dość często, to zainteresowanie samą krwią nie przyczyniło się do wykorzystania jej w celu przetoczenia. Prawdopodobnie niezajomość budowy układu krążenia była przyczyną takiego stanu. Dopiero londyński lekarz William Harvey opublikował w roku 1628 pracę na ten temat. Wiek XV i następnie to próby przetaczania krwi chorym od młodych chłopców, a także krwi zwierzęcej ludziom. Skutki tych przetoczeń to śmierć chorych, jak i dawców z powodu zbyt dużej utraty krwi.

Początek XX wieku to rewolucja w transfuzjologii. Odkrycie zjawiska aglutynacji w roku 1900 przez Karla Landsteinerja, określenie trzech cech grupowych u ludzi oraz zasady bezpiecznego przetaczania krwi doprowadziły do coraz częstszych przetoczeń. Czwartą cechą w układzie grupowym nazwanym później AB0, określili w 1902 roku Alfred Decastello i Adrian Sturli. W roku 1940 Karl Landsteiner i Aleksander Wiener odkryli grupę Rh. Mimo tych odkryć, trudności w przetaczaniu krwi spowodowane były jej wykrzepianiem. Trudności te zostały rozwiązane w 1914 roku, kiedy

wprowadzono cytrynian sodu, najlepszy środek zapobiegający krzepnięciu krwi. Cytrynian sodu jest po dziś dzień podstawowym składnikiem płynów konserwujących.

W Polsce krwiolecznictwo także wzbudzało duże zainteresowanie. Można tutaj wymienić takie nazwiska jak: Ludwik Bierkowski, Adolf Rothe, Witold Orłowski, Ludwik Rydygier oraz Jan Mikulicz. Po dziewięciu latach od odkrycia Karla Landsteinerja polski uczonek Ludwik Hirsfeld zaproponował mianownictwo zasadniczych grup A, B, AB i 0. Od tego momentu zabiegi transfuzji wykonuje się w obrębie jednimiennych grup krwi, co eliminuje poważne powikłania hemolityczne. Polska Służba Krwi przez te wszystkie lata dotrzymuje kroku postępowi w dziedzinie transfuzjologii. Wprowadza się nowe technologie, mające za zadanie przedłużenie okresu konserwacji krwi. Postęp dokonał się także w kwestii sprzętu stosowanego do pobierania i przechowywania krwi. Niegdyś używano zestawów wielokrotnego użytku, które były wykorzystywane ponownie po sterylizacji. Krew pobierano do szklanych butelek. Obecnie wszystkie używane materiały są jednorazowego użytku.

W celu zachowania bezpieczeństwa krwi i jej składników u dawców krwi wykonywane są badania w kierunku antygeny powierzchniowego HBV, oznaczenia przeciwciał anty-HIV i anty-HCV. Od 2000 roku wprowadzono badania metodami biologii molekularnej początkowo w kierunku HCV RNA w osoczu przeznaczonym do frakcjonowania, a od roku 2005 HCV RNA, HIV RNA i HBV DNA każdego dawcy.

## Co to jest krew?

Krew to płynna tkanka, składająca się z krwinek czerwonych, krwinek białych, płytek krwi i osocza. Każde z tych postaci morfotycznych krwi odgrywa w naszym organizmie swoją rolę. Krwinki czerwone – odpowiadają za transport tlenu do wszystkich komórek organizmu, krwinki białe – są odpowiedzialne za obronę organizmu przed infekcjami, płytki krwi – odpowiadają za zatrzymanie krwawienia. Osocze to część płynna krwi, stanowi do 55% objętości krwi, zawiera białka (albuminę, czynniki krzepnięcia, białka odporno-

## Wszystkie składniki krwi odnawiają się, niezależnie od tego czy jest się dawcą, czy nie, krew podlega ciągłej wymianie. Nie można uzależnić się od oddawania krwi.

ciowe). Jest odpowiedzialne za transport wody i substancji odżywczych do komórek, a także odprowadza produkty przemiany materii do wątroby, nerek i płuc.

Krew to lek ratujący życie i zdrowie, nie tylko ofiarom wypadków, ale także chorym zmagającym się z ciężkimi schorzeniami. Jej źródłem jest zdrowy człowiek!

### Honorowe oddawanie krwi i jej składników

Dawcą krwi i jej składników może być zdrowa osoba w wieku od 18 lat do 65 roku życia. Musi się legitymować dokumentem ze zdjęciem stwierdzającym tożsamość wraz z adresem zamieszkania/zameldowania i numerem PESEL.

Kandydat na dawcę oraz dawca krwi i jej składników jest kwalifikowany przez lekarza do oddania krwi, osocza, zabiegów aferezy na podstawie informacji zawartych w wypełnionym kwestionariuszu dla dawców krwi, wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego uwzględniającego wyniki pomocniczych badań diagnostycznych.

### Badanie przedmiotowe

Lekarz przeprowadza skrócone badanie przedmiotowe kandydata na dawcę lub dawcy krwi zwracając uwagę na:

1. Dyskwalifikuje się osoby, których wygląd ogólny może wskazywać na pozostawanie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub leków oraz nadmierne pobudzenie psychiczne.
2. Ciężar ciała nie powinien być mniejszy niż 50 kg.

3. Temperatura ciała, która mierzona jest pod pachą nie powinna przekraczać 37°C.

4. Tętno powinno być miarowe o częstotliwości od 50 do 100 uderzeń na minutę.

5. Wartości ciśnienia tętniczego nie powinny przekraczać:

- 180 mm Hg dla ciśnienia skurczowego,
- 100 mm Hg dla ciśnienia rozkurczowego.

6. Szczególną uwagę należy zwrócić na stan obwodowych węzłów chłonnych przede wszystkim szyjnych, karkowych, nadobojczykowych i pachowych, powiększenie obwodowych węzłów chłonnych stanowi przeciwwskazanie do pobrania krwi aż do wyjaśnienia przyczyny ich powiększenia.

7. Okolica miejsca wkłucia do żyły powinna być wolna od jakichkolwiek zmian chorobowych.

Jednak nie wszystkie osoby mogą oddać krew i jej składniki. Istnieje szereg przeciwwskazań do tego zabiegu. Przeciwwskazania dzielimy na czasowe i stałe.

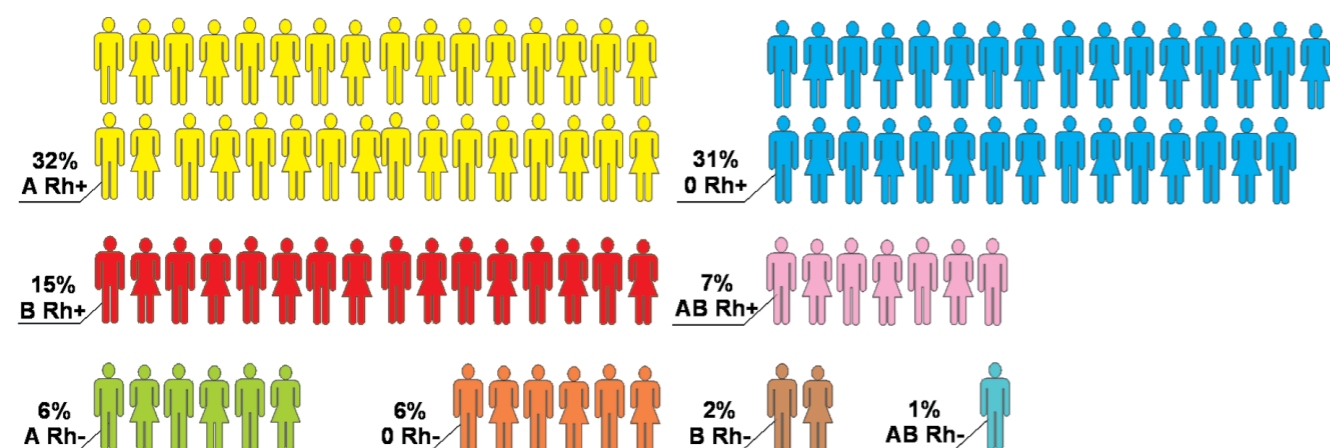
### Dyskwalifikacja czasowa:

- Okres miesiączkowania i do 3-ech dni po zakończeniu
- 7 dni po zabiegu usunięcia zęba, leczeniu przewodowym i innych drobnych zabiegach chirurgicznych do następnego dnia po leczeniu zęba i wizycie u higienistki stomatologicznej
- 6 miesięcy w przypadku większych operacji i innych zabiegów medycznych wykonywanych sprzętem wielokrotnego użytku i przebiegających z naruszeniem skóry lub błon śluzowych
- 6 miesięcy po wykonaniu tatuażu, zakładaniu kolczyków
- 6 miesięcy od zabiegu akupunktury (chyba że została wykonana igłami do akupunktury jednorazowego użytku przez wykwalifikowanego lekarza)
- 6 miesięcy od kontaktu z obcą krwią (kontakt śluzówki z krwią lub ukłucie igłą)
- 6 miesięcy od zabiegu endoskopii (np. gastroscopia, kolonoskopia, artroskopia)

- Czas do pełnego wyleczenia w przypadku ostrych chorób (np. układu pokarmowego, moczowego, oddechowego)
- Okres, gdy wartość ciśnienia tętniczego nie mieści się w granicach 90/60–180/100 mm Hg, tętno miarowe 50–100/min.
  - 2 lata po wyleczeniu gruźlicy i otrzymaniu od lekarza ftyzjatrii zaświadczenia o wyleczeniu,
  - Choroby zapalne i uczuleniowe skóry, ostre stany uczuleniowe i okres odczulania, zaostrzenie przewlekłej choroby alergicznej,
  - 1 rok od zakończenia leczenia na rzeżączkę,
  - 6 miesięcy od powrotu z krajów o wysokiej zachorowalności na AIDS (np. Afryka Środkowa i Zachodnia, Tajlandia),
  - Wystąpienie objawów sugerujących chorobę AIDS, takich jak: przewlekłe powiększenie węzłów chłonnych (zwłaszcza szyjnych, karkowych, nadobojczykowych i pachowych), nocne poty, gorączka o niewyjaśnionej przyczynie, niewyjaśniona utrata wagi ciała, przewlekła biegunka,
  - Nietypowe zmiany skórne powodują dyskwalifikację do czasu wyjaśnienia ich przyczyny,
  - 6 miesięcy od powrotu z rejonów, gdzie endemicznie występują choroby tropikalne, jeśli nie wystąpiły w tym okresie objawy choroby,
  - 12 miesięcy od powrotu z rejonów, gdzie endemicznie występuje malaria, jeśli nie wystąpiły w tym okresie objawy choroby (4 miesiące pod warunkiem negatywnych wyników badań wykonanych metodami immunologicznymi lub biologii molekularnej),
  - Przebywanie, co najmniej 24 godziny na terenach, na których stwierdzono przypadki występowania chorób przenoszonych drogą przetoczenia krwi:
    - wirus Zachodniego Nilu: Izrael, Stany Zjednoczone Ameryki Północnej (cały obszar), Ateny, Rosja – rejon Astrachania (na północ od Morza Kaspijskiego) – dyskwalifikacja na 28 dni od powrotu
    - malaria: Grecja – Lakonia (południowo-wschodnia część Peloponezu ze Spartą), region Evrotas, Maraton-Attyka – dyskwalifikacja na okres 12 miesięcy od powrotu.
    - wirus zapalenia wątroby typ A: południowa Estonia rejon Vilijandia (południowa Estonia, 160 km od Tallina) – dyskwalifikacja na okres 6 tygodni od powrotu
    - Przebywanie na obszarach endemicznego występowania malarii nieprzerwanie przez 6 miesięcy dyskwalifikuje dawcę na okres 4 miesięcy pod warunkiem negatywnych wyników badań wykonanych metodami immunologicznymi lub biologii molekularnej)
      - 2 lata od potwierdzonego wyleczenia Brucellozy i gorączki Q
      - 3 lata po zakończeniu leczenia i braku objawów malarii (pod warunkiem, że badania immunologiczne lub metodami biologii molekularnej dają wyniki negatywne)
      - 2 lata po przebyciu gorączki reumatycznej, jeśli nie wystąpiła przewlekła choroba serca
      - 2 lata od potwierdzonego wyleczenia zapalenia szpiku

- 5 lat od całkowitego wyleczenia kłębuszkowego zapalenia nerek
- 6 miesięcy od całkowitego wyleczenia z toksoplazmozy
- 6 miesięcy od wyleczenia mononukleozy zakaźnej
- 120 dni od dnia wyleczenia zakażenia wirusem zachodniego Nilu.
- 6 miesięcy po porodzie lub po zakończeniu ciąży
- 6 miesięcy po przetoczeniu krwi i jej składników
- 6 miesięcy po przeszczepie ludzkich komórek i tkanek
- Co najmniej 2 tygodnie po przebyciu choroby zakaźnej i uzyskaniu prawidłowych wyników badań klinicznych i laboratoryjnych
  - 2 tygodnie po przebyciu grypy, zakażenia grypopochodnego i gorączce powyżej 38°C
  - 2 tygodnie po zaprzestaniu przyjmowania antybiotyków
  - Kontakt z chorobami zakaźnymi dyskwalifikuje na czas równy inkubacji danej choroby (zwykle 4 tygodnie)
  - Bliski kontakt w warunkach domowych z chorym na wirusowe zapalenie wątroby dyskwalifikuje na okres 6 miesięcy
  - Okres pozbawienia wolności i 6 miesięcy po odbytej karze więzienia
  - Po szczepieniach okresowo na czas uzależniony od rodzaju szczepionki:
    - 4 tygodnie od szczepienia szczepionkami z osłabionymi bakteriami i wirusami przeciw BCG, odrze, różyczce, żółtej febrze, nagminnemu zapaleniu ślinianek przyusznych, nagminnemu porażeniu dziecięcemu, durowi brzuszemu, cholera
    - 48 godzin od szczepienia szczepionkami z zabitymi bakteriami, ricketcjami, wirusami przeciw cholera, durowi brzuszemu, krztuścowi, durowi płamistemu, nagminnemu porażeniu dziecięcemu
    - 48 godzin od szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A (bez kontaktu z chorobą)
    - 1 tydzień po wirusowym zapaleniu wątroby typu B (bez kontaktu z chorobą)
    - 3 miesiące po biernym uodparnianiu surowicami odzwierzęcymi
    - 48 godzin od przyjęcia anatoksyny błonicowej i tężcowej
    - 48 godzin od przyjęcia szczepionki przeciw wściekliznie i kleszczowemu zapaleniu mózgu, a 1 rok w przypadku ryzyka zakażenia
  - Przyjmowanie leków:
    - Przyjmowanie leków może wskazywać na istnienie choroby powodującej dyskwalifikację, dlatego należy wyjaśnić przyczynę stosowanego leczenia.
    - Okres przyjmowania leków z wyjątkiem witamin, dostupnych leków antykoncepcyjnych oraz leków hormonalnych stosowanych w okresie menopauzy. W przypadku przyjmowania innych leków, aby oddać krew należy uzyskać zgodę lekarza (np. zażywanie aspiryny lub leków zawierających kwas acetylosalicylowy dyskwalifikuje przez 3 dni od ostatniego zażycia).

## Procentowy udział grup krwi w naszej populacji



**Dyskwalifikacja stała:**

- Poważne choroby układu krążenia aktualne lub przebyte, między innymi: wady serca (poza wadami wrodzonymi całkowicie wyleczonymi), choroba niedokrwienna mięśnia sercowego, stan po zawale mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, niewydolność krążenia, miażdżyca znacznego stopnia, choroby pochodzenia naczyniowo-mózgowego (np. stan po udarze mózgu)
- Poważne choroby układu pokarmowego (w tym schorzenia wątroby), oddechowego, moczowego, nerwowego (szczególnie padaczka, nawracające choroby psychiczne, organiczne schorzenia układu nerwowego oraz przewlekłe choroby OUN – ośrodkowego układu nerwowego)
- Poważne choroby skóry (w tym łuszczyca)
- Choroby krwi i układu krwiotwórczego, zaburzenia krzepnięcia w wywiadzie
- Choroby metaboliczne i układu endokrynnego np. cukrzyca, choroby tarczycy, nadnerczy itp.
- Choroby układowe np. kolagenozy
- Nowotwory złośliwe
- Choroby zakaźne: WZW typu B, WZW typu C, wirusowe zapalenie wątroby w wywiadzie, żółtaczka pokarmowa i każda żółtaczka o niejasnej etiologii, babeszjoza, kala Azar (leiszmanioza trzewna), trypanosoma Crusi (gorączka Chagasa), promienica, tularemia, HLTV I/II – reowirus uważany m.in. za czynnik wywołujący białaczkę/chłoniaka z komórek T u dorosłych – występuje endemicznie w południowej Japonii i basenie Morza Karaibskiego
- Nosicielstwo wirusa HIV oraz zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS)
- Przebywanie na obszarach endemicznego występowania malarii nieprzerwanie przez 6 miesięcy, jeżeli wynik badań w kierunku malarii przeprowadzonych 4 miesiące po powrocie jest dodatni
- Przynależność do grup, które ze względu na swoje zachowania seksualne są szczególnie narażone na zakażenia poważnymi chorobami, mogącymi przenosić się drogą krwi w tym: narkomani, osoby uprawiające prostytucję, osoby często zmieniające partnerów seksualnych
- Osoby mające partnerów seksualnych z wyżej wymienionych grup lekozależność, alkoholizm
- Choroba Creutzfelda-Jakoba u osoby lub w rodzinie
- Kiła
- Przebyte przeszczepu rogówki, opony twardej, leczenie w latach 1958–1986 hormonem wzrostu uzyskanym z ludzkich przysadek
- Leczenie bezpłodności w latach 1965–1985 zastrzykami hormonów
- Przebywanie o okresie od 01.01.1980 r. do 31.12.1996 r. łącznie przez 6 miesięcy lub dłużej w Wielkiej Brytanii, Francji, Irlandii
- Transfuzje krwi lub jej składników wykonane na terenie Wielkiej Brytanii, Francji, Irlandii po 01.01.1980 r.

- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychotropowych
- Każdy przypadek stosowania domięśniowo lub dożylnie leków, które nie zostały przepisane przez lekarza

**Metody oddawania krwi**

Metoda konwencjonalna – dawca oddaje krew pełną w ilości 450 ml w czasie od 5 do 8 minut. Krew pełna może być pobrana nie częściej niż 6 razy od mężczyzny i 4 razy od kobiety w ciągu roku. Przerwa po oddaniu krwi wynosi, co najmniej 8 tygodni.

Metoda plazmaferezy automatycznej – dawca oddaje tylko osocze (plazmę) w ilości 600 ml w czasie około 40 minut. Osocza metodą automatycznej plazmaferezy można pobrać nie więcej niż 25 litrów w roku. Przerwa po oddaniu osocza wynosi, co najmniej 2 tygodnie.

Metoda trombaferezy i leukaferazy – dawca oddaje tylko wybrane elementy komórkowe krwi (płytki w ilości 250 ml w czasie około 60 minut; krwinki białe w ilości 250–500 ml w czasie od 2 do 3 godzin) w odstępach nie krótszych niż 4 tygodnie. Zabiegi trombaferezy i leukaferazy można wykonać do 12 razy w ciągu roku, a przerwa między nimi wynosi, co najmniej 4 tygodnie.

Zabiegi aferezy plazmaferezy i trombaferezy można wykonać 4 tygodnie po oddaniu krwi pełnej.

Dawcy w ramach podziękowania dostają po donacji ekwiwalent kaloryczny (około 4,5 tysiąca kalorii), zwolnienie z pracy lub zajęć lekcyjnych w dniu oddania.

**Wszystkiego składniki krwi odnawiają się, niezależnie od tego czy jest się dawcą, czy nie, krew podlega ciągłej wymianie. Nie można uzależnić się od oddawania krwi.**

**Oddawanie krwi jest bezpieczne.**

**Wystarczy 1 godzina, którą poświęcisz na oddanie krwi, a możesz uratować komuś życie.**

**Literatura:**

1. Broszura informacyjna Ministerstwa Zdrowia.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi.
3. Korsak J. (red.), Łętowska M.: *Transfuzjologia kliniczna*. 2009.

mgr Jolanta Korbicka  
Regionalne Centrum Krwiodawstwa  
i Krwiolecznictwa, Łódź

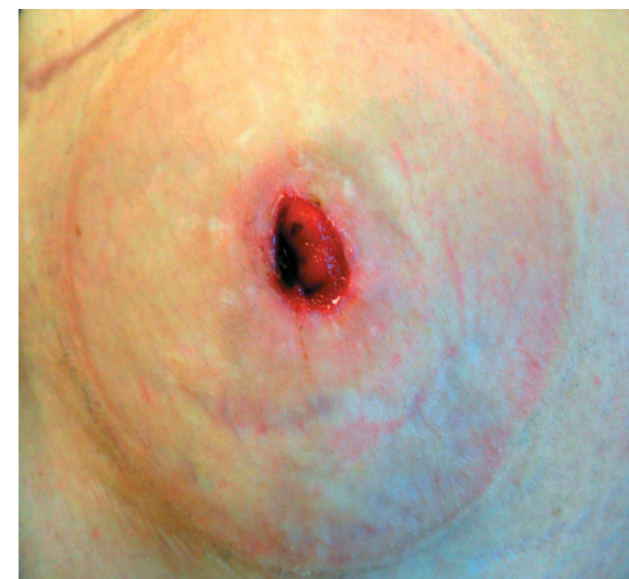
# Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze stomią

mgr HELENA MALEJ

**Zabieg operacyjny prowadzący do wyłonienia stomii jelitowej bardzo często jest jedyną, skuteczną, a nawet ratującą życie metodą postępowania. Wiąże się jednak z poważnym, trudnym do zaakceptowania okaleczeniem oraz licznymi konsekwencjami, które rzutują na funkcjonowanie chorego w sferze psychicznej, fizycznej i społecznej**

Problemem codziennej pielęgnacji stomii jest sprawą podstawową. Wiele obaw dotyczących życia towarzyskiego, aktywności zawodowej i współżycia płciowego opiera się na lęku przed wystąpieniem zaburzeń funkcjonowania stomii lub nieszczelnością używanego sprzętu stomijnego. Dlatego pacjent powinien wiedzieć o stomii jak najwięcej i umieć ją prawidłowo pielęgnować. Taka wiedza daje poczucie bezpieczeństwa, większą pewność siebie i ułatwia przystosowanie się do nowej rzeczywistości.

Stomia (z języka greckiego słowo oznacza „usta” lub „otwór”) jest to celowe wykonanie połączenie światła jelita grubego, jelita cienkiego lub moczowodu z powierzchnią skóry. Stomia inaczej zwana przetoką jelitową, przetoką kałową lub sztucznym odbytem zawsze budziła lęk, niepokój, obawy, depresję.



Ryc. 1. Wyłoniona stomia

Wskazania do wykonania stomii to:

- nowotwory jelita grubego (okrężnicy, odbytnicy),
- niedrożność jelit,
- choroby zapalne jelit (wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniewskiego-Crohna),
- polipowatość rodzinna jelita grubego,
- zapalenie otrzewnej,
- urazy mechaniczne okrężnicy i odbytnicy.

**Diagnostyka**

1. Badanie kliniczne:
  - wywiad
  - badanie fizykalne: badanie palpacyjne jamy brzusznej, badanie per rectum i badanie per vaginum
2. Badania obrazowe:
  - anoskopia – badanie kanału odbytu i bańki odbytniczej do głębokości 7–10 cm za pomocą wziernika doodbytniczego
  - rektoskopia – badanie odbytnicy, połączenia odbytniczego i początkowy odcinek esicy na głębokości około 20 cm. za pomocą sztywnego wziernika. Podczas badania możliwe jest pobranie materiału do badania mikroskopowego.
  - fiberosigmoidoskopia – zabieg wykonywany w celu oceny części jelita grubego. W czasie jej trwania możliwe jest pobranie wycinków do badania histopatologicznego, usunięcie polipów czy zatamowanie krwawienia, którego źródło znajduje się w obrębie badanego odcinka przewodu pokarmowego.
  - kolonoskopia – badanie całego jelita za pomocą giętkiego wziernika długości 130–200 cm zakończonego kamerą i przesłaniu obrazu na zewnątrz. Podczas badania można tak jak przy fiberosigmoidoskopii pobrać wycinki błony śluzowej jelita grubego do badania histopatologicznego, a także wykonać drobne zabiegi np. wycięcie pojedynczych polipów (polipektomia).

3. Badania radiologiczne:
  - przeglądowy radiogram jamy brzusznej
  - tomografia komputerowa
  - doodbytniczy wlew kontrastowy
4. Badanie ultrasonograficzne (USG).
5. Rezonans magnetyczny.
6. Badanie czynnościowe:
  - manometria odbytowo-odbytnicza

### Rodzaje stomii

Biorąc pod uwagę poziom jelita, na którym została wyłoniona stomia wyróżniamy:

- ileostomię – na jelicie cienkim
  - kolostomię – stomia na jelicie grubym
- Kryterium czasowe:
- stomia czasowa (odwracalna) – wykonywana na określony czas potrzebny do wygojenia się jelita objętego procesem chorobowym lub po urazie mechanicznym np. rozerwanie jelita,
  - stomia definitywna (ostateczna) – bez możliwości ponownego odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego.
- Ze względu na budowę stomii wyróżniamy:
- stomię jednolufową – końcowa bez połączenia z odbytem,
  - stomię dwulufową – pętlowa posiadająca „komunikację” z odbytem.

### Zasady określające prawidłowe umiejscowienie stomii (zasady Turnbulla i Weakleya)

1. Miejsce lokalizacji stomii powinno być widoczne dla chorego i w zasięgu jego rąk. Szczególnie w przypadku osób otyłych należy uwzględnić obecność innych stomii, rozmiar biustu u kobiet, mobilność pacjenta.
2. Jeśli jest to możliwe kanał stomii powinien przebiegać przez mięsień prosty brzucha lub w jego pobliżu.
3. Stomia powinna być oddalona od rany pooperacyjnej co najmniej 4 cm.
4. Jelito wyłonione na powierzchnię skóry nie może być napięte, ponieważ grozi zapadnięciem się stomii.
5. Stomia nie powinna znajdować się w pobliżu kolców biodrowych, fałdów skórnych, przeszczepów skóry, wcześniejszych blizn pooperacyjnych.
6. Śluzówka jelita powinna być dobrze ukrwiona, wywnięta i przyszyta do skóry.

### Powikłania

Powikłania wczesne są bezpośrednio związane z zabiegiem i występują w okresie kilku dni lub tygodni po operacji, należą do nich:

- obrzęk stomii spowodowany uciskiem na naczynia krwionośne,
- krwawienie z błony śluzowej stomii spowodowane podrażnieniem błony śluzowej przez sprzęt stomijny,

- krwawienie ze światła przetoki występuje rzadko, ale wymaga konsultacji lekarskiej,
  - niedokrwienie spowodowane nadmiernym napięciem tętnic zaopatrujących jelito w krew,
  - martwica stomii – niebezpieczne powikłanie, które wymaga szybkiej interwencji chirurgicznej. Może dojść do wypadnięcia stomii, zaciekania treści kałowej do jamy otrzewnej oraz rozległego zapalenia otrzewnej
    - wciągnięcie i wypadnięcie stomii, często towarzyszą temu zjawisku błędy w umocowaniu stomii do powłok brzusznych,
    - zakażenie rany stomijnej lub ropień, przetoka okołostomijna

Powikłania późne pojawiające się po kilku miesiącach lub latach to:

- wypadnięcie stomii,
  - przepuklina okołostomijna,
  - zwężenie stomii,
  - wznowa procesu chorobowego w stomii,
  - przedziurawienie jelita podczas irygacji,
  - skręcenie jelita w pobliżu stomii
- Miejscowe dermatologiczne powikłania stomii, które mogą wystąpić:
- stan zapalny, uczulenie na sprzęt stomijny,
  - zapalenie skóry wokół stomii spowodowane podciekaniem treści jelitowej,
  - zakażenie skóry (bakteryjne lub grzybicze).

Zmiany zapalne częściej występują u chorych z ileostomią niż kolostomią, u chorych ze stomią płaską lub wklęsłą, źle umiejscowioną, podczas chemioterapii.

Psychologiczne następstwa związane z wyłonieniem stomii to:

- poczucie lęku, niepokoju, bezradności wobec sytuacji, w której chory się znajduje,
- spadek, niska samoocena chorego,
- obawa przed ludzką niechęcią, odrzuceniem społecznym prowadząca do wycofania się z kontaktów społecznych, depresji.

### Opieka pielęgniarska przed zabiegiem

Prawidłowe przygotowanie pacjenta do zabiegu dzielimy na przygotowanie fizyczne i psychiczne.

Zabieg operacyjny prowadzący do wyłonienia stomii jelicinowej bardzo często jest jedyną, skuteczną, a nawet ratującą życie metodą postępowania. Wiąże się jednak z poważnym, trudnym do zaakceptowania okaleczeniem oraz licznymi konsekwencjami, które rzutują na funkcjonowanie chorego w sferze psychicznej, fizycznej i społecznej. Opiekę nad pacjentem w szpitalu sprawuje zespół terapeutyczny składający się z: lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, psychologa, dietetyka, pracownika socjalnego. Pielęgniarka ze względu na bliski kontakt z pacjentem odgrywa czołową rolę w kształceniu i doskonaleniu jego umiejętności życia ze stomią, ułatwiając jego adaptację do nowych warunków życia oraz adaptację następstw choroby.

Niepełna, zdawkowa informacja na temat stomii wzbudza u chorego lęk i poczucie zagrożenia. Sytuacja ta stwarza poczucie niepewności związanej z utratą naturalnej drogi wypróżniania. Pełna informacja na temat proponowanego zabiegu (wyłonienia stomii) oraz objaśnienie jakie są tego konsekwencje powinna być przekazana choremu (w obecności rodziny, jeśli sobie życzy) w sposób spokojny i rzeczowy. Wpływa to korzystnie na jego samopoczucie, obniża poziom stresu i lęku.

Przygotowanie fizyczne polega na:

- oczyszczeniu przewodu pokarmowego z treści jelitowej poprzez podanie doustnych środków przeczyszczających, bądź wykonanie enemu przeczyszczającej,
- ogolenie miejsca operowanego w dniu zabiegu,
- wyznaczenie miejsca wyłonienia stomii wykonywane jest przed operacją przez lekarza lub wykwalifikowaną pielęgniarkę. Miejsce to wyznacza się w czterech pozycjach: pochylonej, stojącej, siedzącej i leżącej.

### Opieka pooperacyjna

Postępowanie pielęgniarskie nad chorym w bezpośrednim okresie po operacji powinno obejmować kilka ważnych elementów:

- kontrola świadomości pacjenta,
- monitorowanie podstawowych funkcji życiowych: oddech, tętno, ciśnienie tętnicze, ciepłota ciała, ilość wydalonego moczu, ocena zabarwienia skóry i błon śluzowych,
- obserwacja chorego pod kątem powikłań związanych z zabiegiem; krwotok, wstrząs hipowolemiczny,
- obserwacja rany i wyłonionej stomii (prawidłowa stomia powinna być wilgotna, koloru różowo-czerwonego), obserwacja ilości i jakości treści, jaka może wydzielać się z założonych drenów i samej stomii,
- podawanie choremu zleconych leków, środków przeciwbólowych i płynów infuzyjnych,
- dbanie o ogólne dobre samopoczucie chorego,
- dokumentowanie wszystkich obserwacji, pomiarów, zabiegów dokonywanych u chorego.

### Pielęgnacja stomii

Edukacja pooperacyjna powinna być kontynuacją rozpoczętej jeszcze przed zabiegiem współpracy z pacjentem. Jej celem jest nauczenie i przekazanie takiego poziomu wiedzy, która pomoże mu osiągnąć samodzielność i zapewnić sobie opiekę w warunkach życia codziennego. Problem pielęgnacji stomii jest sprawą najważniejszą. Pielęgniarka opiekująca się chorym powinna wymierzyć średnicę stomii za pomocą specjalnej miarki. Jest to bardzo istotne, aby chory w późniejszym okresie w warunkach domowych sam potrafił wyciąć odpowiedni otwór w płytce stomijnej, który będzie pasował do rozmiaru stomii (otwór powinien być większy od średnicy stomii o około 1–2 mm). Należy chorego poinformować, że po upływie czasu rozmiar stomii nieco się zmniejszy (zaraz po operacji stomia jest obrzęknięta i jest to związane

z samym zabiegiem, po około 6–8 tygodniach zmniejsza się i osiąga ostateczną wielkość i kształt). Ważnym elementem jest, aby pacjent widział wszystkie czynności związane z pielęgnacją, jakie pielęgniarka przy nim wykonuje. Trafnym rozwiązaniem jest lustro umieszczone na wysokości jamy brzusznej chorego.

Pielęgnując okolicę stomii i samą stomię przy każdorazowej wymianie sprzętu należy:

- dokładnie umyć skórę wodą i łagodnym mydłem o pH 5,5,
- wszelkie czynności związane z pielęgnacją stomii wykonywać delikatnie używając do tego celu miękkiej gazy lub ręcznika, należy poinformować pacjenta, że stomia nie posiada włókien czuciowych w związku z tym dotykając jej nie będzie odczuwał bólu,
- obmytą okolicę należy dokładnie osuszyć przed założeniem sprzętu,
- nie stosować spirytusu, benzyny, eteru, nafty, ponieważ substancje te odłuszczenia skórę, niszczą jej naturalne środowisko, a co za tym idzie stwarzają niebezpieczeństwo podrażnienia,
- niewskazane jest także stosowanie olejków, maści, mazideł, ponieważ zmniejszają one przyczepność sprzętu stomijnego,
- do pielęgnacji stomii należy używać środków medycznych do tego przeznaczonych,
- owłosienie, które może pojawić się wokół stomii (najczęściej dotyczy to mężczyzn) należy systematycznie golić.

### Dieta pacjentów ze stomią

Zabieg wyłonienia stomii nie wymusza stosowania specjalnej diety. Każdy ma swoje preferencje dietetyczne, niezależnie od tego, czy ma wyłonioną stomię, czy też nie. Należy pamiętać, że zabieg prowadzi do znacznego skrócenia przewodu pokarmowego. Sytuacja ta sprawia, że droga wchłaniania wody, soli mineralnych, a także składników pokarmowych jest krótsza. Stosowanie podstawowych zasad prawidłowego żywienia pozwoli pacjentom ze stomią na normalne funkcjonowanie i zmniejszy wszelkie niedogodności, które pojawiają się często po tego typu operacjach.

Należy jednak:

- regularnie spożywać 3–5 posiłków dziennie,
- wypijać około 2 litrów płynów, unikać napojów gazowanych,
- należy jeść powoli, dokładnie przeżuwać pokarm co ułatwi proces trawienia,
- posiłki powinny być urozmaicone, przygotowane ze świeżych produktów,
- każdy nowy produkt należy wprowadzać oddzielnie i w niewielkich ilościach, dokładnie obserwując reakcję ze strony układu pokarmowego,
- spożywać produkty zawierające duże ilości błonnika (owoce, warzywa, pieczywo pełnoziarniste),

• unikać produktów zawierających duże ilości konserwantów, sztucznych dodatków, cebuli, czosnku, grzybów, kapusty, roślin strączkowych, jaj, kakao.

Nieprzestrzeganie wyżej wymienionych zasad może prowadzić do wystąpienia dolegliwości, tj. zaparcia, biegunki, zbyt nadmierne i głośne oddawanie gazów.

Należy poinformować pacjenta, że sprzęt stomijny jest w pełni refundowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 17.12.2004 r. – Dz.U.2004 nr 275 poz. 2732). Limity pieniężne, jakie przysługują pacjentom zależą od rodzaju wylonionej stomii.

- kolostomia – 300 zł na miesiąc,
- ileostomia – 400 zł na miesiąc,
- urostomia – 480 zł na miesiąc.

Pacjenci wykorzystują te limity w przeważającej części na odbiór worków stomijnych i płytek. Jest możliwość wykorzystania przysługującego limitu na odbiór środków do pielęgnacji skóry wokół stomii np. kremy przeciwdoparzeniowe, krople przeciwapachowe, płyny do usuwania przylepca itp.

Już w dniu wypisu ze szpitala pacjent otrzymuje Zlecenie na Zaopatrzenie w Środki Pomocnicze (wniosek) obejmujące sprzęt przysługujący pacjentowi na maksymalnie 3 miesiące, z którym należy udać się do NFZ, a następnie do wybranego sklepu ze sprzętem medycznym.

### Rodzaje sprzętu stomijnego

Historia nowoczesnego sprzętu stomijnego sięga lat 50-tych XX wieku. Wcześniej pacjenci zabezpieczali stomię metalowymi lub szklanymi pojemnikami powlekany gumą, które za pomocą specjalnych pasków mocowane były na ciele. Taki rodzaj zaopatrzenia był widoczny przez ubranie, nieuszczelny i nie dawał poczucia bezpieczeństwa. Rozwój technologiczny doprowadził do powstania nowoczesnego sprzętu stomijnego.

Jednym z ważnych elementów edukacji przedoperacyjnej jest udostępnienie choremu materiałów informacyjnych, zapoznanie go ze sprzętem stomijnym, który będzie stosował po wylonieniu stomii. Bardzo ważnym momentem dla pacjenta w okresie po operacji staje się odpowiedni dobór sprzętu do zaopatrzenia stomii. Sprzęt stomijny powinien być szczelny dla treści jelitowej i gazów, skutecznie chronić skórę wokół stomii i zabezpieczać ją przed odparzeniami i podrażnieniami. Dobrze dobrany sprzęt zapewnia poczucie bezpieczeństwa i komfortu, nie ogranicza aktywności pacjenta.

Różnorodność dostępnych obecnie produktów jest z całą pewnością bardzo korzystna dla pacjentów. Jednak decyzja o doborze konkretnego rodzaju worków musi być przemyślana i właściwa. Dobór odpowiedniego sprzętu stomijnego należy wyłącznie do pacjenta. Lekarz czy pielęgniarka mogą jedynie zasugerować używanie takiego czy innego sprzętu, ale to osoba posiadająca stomię wybierze ten, który spełnia jej oczekiwania.

Pacjenci mają do wyboru następujące rodzaje sprzętu:

1. System jednoczęściowy stosowany z uwagi na to, że jest bardziej higieniczny i prosty w użyciu. Worki mogą być zamknięte (nieodpuszczalne) lub otwarte (odpuszczalne), w szerokiej gamie rozmiarów przylepca (płytki może być owalna, kwadratowa, z nacięciami dopasowując się do ciała pacjenta, płytki zawierające wyciąg z aloesu zapewniają skórze naturalne nawilżenie). Dla początkujących stomików polecane są worki przezroczyste, gdzie stomia i wydobywająca się wydzielina są widoczne. Worki beżowe przypominają kolor skóry, są bardziej dyskretne i dają większy komfort dla pacjenta. Każdy worek posiada filtr pochłaniający zapach i gazy. Worki odpuszczalne posiadają otwór zamykany na rzepy lub na specjalną zapinkę.



Ryc. 2. System jednoczęściowy

2. System dwuczęściowy składa się z dwóch elementów płytki ochronnej i woreczków doczepianych na zasadzie zatrzasku. Niektórzy pacjenci uważają, że jest to system najprostszy w obsłudze, ponieważ płytka pozostaje na skórze nawet kilka dni, wymieniany jest tylko worek. Minusem tego systemu jest to, że płytka i worek posiadają sztywny pierścień.



Ryc. 3. System dwuczęściowy

System synergiczny jest pośrednim między jednoczęściowym i dwuczęściowym. Składa się z worka i płytki, która jest cienka i giętka. Całość jest elastyczna.

Mini Capy to małe nakładki do zabezpieczania kolostomii. Stosuje się je na specjalne okazje tj. wyjście na basen, plażę (pod warunkiem, że opróżnianie jest uregulowane np. przez irygację).

### Inne akcesoria do pielęgnacji stomii

- Zmywacze w płynie lub spray są łagodnymi środkami czyszczącymi, niezbędnymi do codziennej pielęgnacji skóry wokół stomii. Pozwalają usunąć pozostały klej, oczyszczają, delikatnie nawilżają i przygotowują skórę do założenia nowego worka.

- Środki ochronne tzw. „druga skóra”, które tworzą na skórze cienką, elastyczną, warstwę ochronną przed kontaktem z treścią jelitową.

- Środki ochronne w formie aplikatora pianki, który pozwala na precyzyjne i bezbolesne stosowanie. Zapewniają barierę ochronną zapobiegającą podrażnieniom skóry i posiadają naturalne ph.



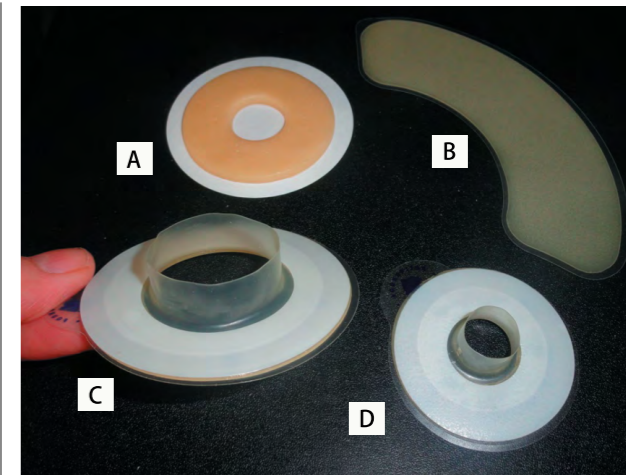
Ryc. 3. Aplikator piankowy

- Plastry ochronne dają dodatkowe bezpieczeństwo z możliwością stosowania z dowolnym typem worków stomijnych. Są proste w użyciu, przyjazne dla skóry, antyalergiczne, zawierają wyciąg z aloesu. Można używać kilku plastrów jeśli jest to konieczne.

- Pierścienie ochronne zostały stworzone w celu wyeliminowania podciekania treści jelitowej pod płytkę stomijną. Dostępne są w kilku rozmiarach. Można je modelować (jak plastelinę) dokładnie dopasowując do każdego rozmiaru i kształtu stomii.

- Kołnierz, który zabezpiecza skórę przed kontaktem z treścią jelitową wydostającą się ze stomii. Dostępny w kilku rozmiarach, najczęściej polecany i stosowany u pacjentów z ileostomią.

- Saszetki żelujące zmniejszają i często eliminują nieprzyjemne zapachy i efekt balonowania się worka (nadmierne



Ryc. 4. (A) pierścień ochronny, (B) plaster ochronny, (C, D) kołnierze ochronne

napełnianie się gazami), zostały zaprojektowane w taki sposób, żeby zmienić zawartość worka ileostomijnego w żel.

- Dezodoranty i krople eliminujące nieprzyjemne zapachy.
- Pasty uszczelniająco-gojące w tubce lub plastrach. Zalecane dla pacjentów posiadających blizny i nierówności skóry.

- Gaziki, chusteczki do zmywania skóry wokół zapewniają skuteczną pielęgnację, higienę oraz ułatwiają przyleganie sprzętu stomijnego. Szczególnie przydatne w podróży.

Ważnym wymiarem edukacji pacjenta jest poinformowanie go o działalności poradni stomijnych, gdzie pracują specjaliści służący pomocą chorym ze stomią oraz o grupach wsparcia np. Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO.

#### Literatura:

1. Szmidt J., Kuźdżała J.: *Podstawy chirurgii*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, tom 2.
2. Cierzniańska K., Szewczyk M.T., Stodolska A., Banaszkiewicz Z., Jawień A.: *Zapobieganie powikłaniom skórny wokół stomii*. Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 3, 2005.
3. Chrobak A.: *Pielęgniarka jako edukator pacjentów z wylonioną stomią jelitową*. Merkuriusz Lekarski, tom XXVI, nr 155, Łódź 2009.
4. Kapała W.: *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
5. Klimczyk A., Niechwiadowicz-Czapla T.: *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego*. PWSZ, Opole 2008.
6. Kokot F.: *Choroby wewnętrzne*. Warszawa 2003.
7. Bartnik W.: *Choroby przewodu pokarmowego*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2012.
8. IX Sympozjum Polskiego Klubu Koloproktologii. Poznań 30 VIII–01 IX 2012.
9. I Ogólnopolska Konferencja Warszawa, wrzesień 2012 „Innowacyjne rozwiązania w pielęgnacji stomii”.

mgr Helena Malej  
Oddział Chirurgii Ogólnej  
Szpital Bonifratrów św. Jana Bożego, Łódź



# Ból

## poważny problem społeczny

mgr JOLANTA ŁOŚ



**Powołując się na dane opublikowane w „Pain In Europe” około 70 proc. Polaków przyjmuje różnego rodzaju analgetyki, co w przeliczeniu na miligramy substancji czynnych daje Polsce pierwsze, niechlubne miejsce wśród krajów Unii Europejskiej.**

„Szczęściem jest wolność od bólu”  
Epikur (rok 300 p.n.e.)

Nie ulega wątpliwości, że ból jest jednym z najczęściej stwierdzanych objawów podczas badania przeprowadzanego przez lekarza, wskazującym na proces chorobowy toczący się w organizmie pacjenta. Ostry ból jest normalną biologiczną reakcją i podstawową jego rolą jest ostrzegająco-ochronne działanie w starciu z potencjalnie szkodliwym bodźcem środowiskowym. Wielokrotnie ratuje organizm przed uszkodzeniem tkanki, narządu. Zdarza się, że pojawia się pomimo braku widocznych sygnałów. Przemijający ból fizjologiczny (wywołany przez bodziec nieuszkodzający tkanek) pojawia się np., gdy dotkniemy gorącego przedmiotu i naszą natychmiastową reakcją jest usunięcie się z obszaru zagrożenia w obawie przed uszkodzeniem. Natomiast ból przewlekły jest konsekwencją stanu zapalnego, uszkodzenia układu nerwowego, urazu lub choroby. Pojawia się zwykle po pewnym czasie, stwarzając trudności w ustaleniu lokalizacji, miejsca uszkodzenia, a niejednokrotnie i w znalezieniu przyczyny.

Z badań przeprowadzanych przez Polskie Towarzystwo Badań Bólu wynika, że tylko co piąty Polak jest zadowolony z tego jak lekarz pomógł mu w walce z dolegliwościami bólowymi. Również w polskich szpitalach ból pooperacyjny jest niedostatecznie kontrolowany u około 50 proc. hospitalizowanych pacjentów.

Powołując się na dane opublikowane w Pain In Europe około 70 proc. Polaków przyjmuje różnego rodzaju analgetyki, co w przeliczeniu na miligramy substancji czynnych daje Polsce pierwsze, niechlubne miejsce wśród krajów Unii Europejskiej.

Równocześnie ośrodki zajmujące się monitorowaniem bezpieczeństwa prowadzonej farmakoterapii otrzymują coraz więcej raportów o działaniach niepożądanych występujących w wyniku zastosowania leków przeciwbólowych.

Odczuwanie bólu jest poważnym problemem społecznym, powszechnie spotykanym, mającym negatywny wpływ na wiele sfer życia człowieka cierpiącego. Może doprowadzić nie tylko do drastycznego obniżenia jakości życia, ale również do depresji, a nawet do prób samobójczych. Warto więc poszerzać wiedzę z zakresu tematyki bólu, ponieważ edukacja jest istotnym elementem walki z tym negatywnym doznaniem.

### Czym tak naprawdę jest ból?

Według definicji Międzynarodowego Stowarzyszenia Leczenia Bólu jest to: „Nieprzyjemne doznanie czuciowe oraz emocjonalne, związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisane jako tego rodzaju uszkodzenie”.

Definicja ta podkreśla funkcję ostrego bólu, który jest wywołany przez zagrożenie uszkodzeniem, uszkodzenie lub chorobę: skóry, tkanki podskórnej, głęboko położonych struktur somatycznych, skurcz mięśni szkieletowych

i gładkich oraz choroby lub zaburzenia funkcji narządów trzewnych. Według Melzacka ból jest doświadczeniem percepcyjnym, na którego jakość i intensywność wpływa niepowtarzalna historia życia. Ta definicja bardziej ukierunkowana jest na subiektywne odczucie bólu.

Nie ma więc wątpliwości, że ból jest subiektywnym doznaniem czuciowym. O jego subiektywnym charakterze mogą świadczyć choćby takie sytuacje, w których nie ma żadnego bodźca uszkadzającego, a człowiek odczuwa ból np. boli go amputowana kończyna. Mamy wtedy do czynienia z tzw. bólem fantomowym.

Oczywiste jest również to, iż ból jest emocją. Czy można zmierzyć emocje? Podejmowane są próby pomiaru (kwestionariusze, skale itp.), ale czy można dokonać dokładnego pomiaru natężenia gniewu, strachu, czy innych doznań człowieka?

Pamiętajmy, że ból może być różnie odbierany przez tego samego człowieka w zależności od jego wieku, stanu emocjonalnego. Uklucie igłą inaczej odczuje nadwrażliwa kobieta, inaczej dorosły mężczyzna, a jeszcze inaczej kilkuletnie dziecko. Pomimo takiego samego bodźca uszkadzającego, ból jest inny i może powodować różne zachowania.

Po zdaniu ważnego egzaminu, kiedy przepełnia nas poczucie szczęścia prawdopodobnie odczuwane dolegliwości bólowe będą bagatelizowane, ale jeżeli przeżyjemy porażkę taki sam ból (np. zęba) może być dominującym objawem pogłębiającym dyskomfort. Dlatego też ludzie pogodni, w dobrym nastroju mniej odczuwają ból. Natomiast skrupieni na sobie, nadwrażliwi, hipochondrycy mogą odczuwać go bardziej.

Powyższe przykłady powinny uświadomić nam, pracownikom ochrony zdrowia, że niezwykle istotne jest umiejętne, profesjonalne postępowanie z pacjentem odczuwającym ból, postępowanie mające wpływ na samopoczucie człowieka cierpiącego, na natężenie jego dolegliwości.

### Dlaczego odczuwamy ból?

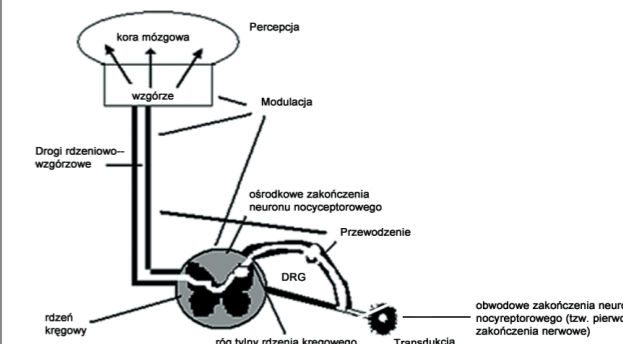
To bardzo skomplikowany proces. Aby organizm mógł odczuwać ból, natura obdarzyła go szlakiem nocyceptywnym (od łac. nocere – szkodzić), który przewodzi bodźce z obwodu do ośrodkowego układu nerwowego. Zbudowany jest on z wolnych zakończeń nerwowych, które rejestrują szkodliwe czynniki oraz nerwów przynoszących informację z tkanek obwodowych do rdzenia kręgowego i dalej do struktur mózgu. Stanowi on bardzo złożony i dynamiczny układ, w którym obok dróg przewodzących ból, działają też mechanizmy hamowania, które ograniczają siłę i czas trwania bólu.

Ból jest odbierany przez receptory zwane nocyceptorami. Nocyceptory są rozmieszczone na wolnych zakończeniach nerwowych znajdujących się w skórze, tkance podskórnej, okostnej, mięśniach, stawach, trzewiach (związane z układem współczulnym), a macierzysta komórka nerwowa znajduje się w zwoju rdzeniowym (DRG) lub zwojach nerwów czas-

kowych (V, VII, IX, X). Te wolne zakończenia nerwowe są pierwszymi aferentnymi nerwami, które odpowiadają na bodźce drażniące.

Proces powstawania odczucia bólowego (przetwarzania informacji) nosi nazwę nocycepcji i obejmuje cztery etapy:

- transdukcję (zamiana informacji energii działającego bodźca na impuls elektryczny),
- transmisję (przewodzenie impulsu do rogów tylnych i dalej do OUN),
- modulację (pobudzanie, hamowanie, sumowanie bodźców),
- percepcję (uświadomienie istnienia bólu, poddanie go ocenie oraz reakcje afektywne i emocjonalne).



Rycina 1. Proces nocycepcji

Źródło: Medycyny Bólu pod redakcją Jana Dobrogowskiego i Jerzego Wordliczka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

Zanim zaczniemy odczuwać przykre dolegliwości, pojawia się tzw. bodziec uszkadzający, który nie jest jeszcze odczuwany jako bólowy (odbieranie bodźców przez receptory bólowe – nocyceptory). Może to być bodziec termiczny (ciepło, zimno), chemiczny (żrący kwas), czy też bodziec mechaniczny (ukłucie, uderzenie). W wyniku uszkodzenia, bądź podrażnienia tkanek w błonach komórkowych wydziela się duża ilość kwasu arachidonowego, z którego, w wyniku działania enzymu zwanego cyklooksygenazą (COX) powstają prostaglandyny. Pobudzają one receptory bólowe (nocyceptory), które są zakończeniami cienkich włókien nerwowych. Powodują rozszerzenie naczyń krwionośnych oraz przekrwienie i obrzęk tkanki w obrębie której zadziałał bodziec uszkadzający. Przekształcają także inne receptory w receptory bólowe. Substancje te pobudzają zakończenia nocyceptorów, umożliwiają przepływ impulsów nerwowych do mózgu.

Proste analgetyki, które stosujemy stosunkowo często na różne dolegliwości bólowe pozbawiają wrażliwości zakończenia nerwowe lub hamują produkcję i działanie prostaglandyn przesyłających informację do mózgu (niesteroidowe leki przeciwzapalne – NLPZ).

Stymulacja receptorów bólowych w obwodowym układzie nerwowym powoduje zamianę energii bodźca na impulsy elektryczne (transdukcja), które są przewodzone (transmisja) przez 2 rodzaje włókien – szybkie zmielizowane aksony A delta (ze średnią szybkością 15m/s) lub wolne niezmielizowane włókna typu C (ze średnią szybkością 1m/s).

Pobudzenie włókien A delta odpowiada za powstanie bólu kłującego natomiast pobudzenie włókien C powoduje odczucie bólu stopniowo narastającego, tępego lub piekącego.

W procesie przewodzenia bodźce bólowe są modulowane - pobudzane, hamowane dzięki aktywności wielu chemicznych mediatorów (m.in. glutamina, neuropeptydy, serotonina, noradrenalina, enkefaliny).

Informacja o bólu przekazywana jest więc od nerwów obwodowych do rdzenia kręgowego, który dalej przewodzi ją do struktur mózgowia. Końcowym etapem procesu nocycepcji jest percepcja, mająca miejsce właśnie w mózgowiu, które odgrywa rolę poznawczą i jest odpowiedzialne za uświadomienie działania stymulacji bólowej, jej ocenę oraz za reakcje afektywne i emocjonalne (powstaje tutaj lęk, agresja, gniew, kształtowane są modele zachowań związanych z zapamiętywaniem bólu).

W mózgowiu następuje zatem ustalenie, w którym miejscu zadziałał bodziec uszkodzający, a następnie, jakie jest nasilenie bólu (mocne, średnie, słabe), jego rodzaj (np. parzy, piecze). Informacje te pozwalają człowiekowi na stwierdzenie co czuje i odpowiednie reagowanie np. cofnięcie poparzonej dłoni, oszczędzanie poranionej części ciała.

Te skomplikowany mechanizm wykorzystuje się m.in. podczas stosowania niektórych leków przeciwbólowych np. opioidów, które osłabiają działanie układu analizującego w mózgu. Jest on wtedy mniej czujny, tak jakby ogluszony. Na podobnej zasadzie działa również alkohol, który zmniejsza odczucie bólu.

Nocycepcja jest więc jedynie fizjologicznym procesem odczuwania bólu, jego klinicznym wykładnikiem jest cierpienie, będące psychicznym wykładnikiem zachowania bólowego.

Widzimy zatem, że wprawdzie proces powstawania bólu ma podstawy neurofizjologiczne, ostatecznie jednak najważniejszą rolę odgrywają w nim emocje. Dlatego też trudno jest zwalczyć silny przewlekły ból przyjmując łatwo dostępne analgetyki, których działanie oparte jest tylko na tłumieniu lub osłabieniu impulsów. Nie mają one bowiem wpływu na ośrodkową analizę sygnałów bólowych.

Ból ze względu na patomechanizm dzielimy na:

- ból receptorowy,
- ból niereceptorowy (neuropatyczny).

Ból receptorowy (nocyceptyczny) – jest wynikiem mechanicznego, termicznego, chemicznego drażnienia receptorów czuciowych. Wyróżnia się dwa typy bólu receptorowego.

Pierwszym typem jest ból somatyczny – dzielony na ból kostny oraz ból z uszkodzenia tkanek miękkich (skóra, tkanka podskórna, mięśnie), o charakterze łatwym do opisanego i prostym do zlokalizowania przez pacjenta.

Drugim typem bólu receptorowego jest ból trzewny o charakterze rozlanym, pochodzi z narządów wewnętrznych i często jest wynikiem zaburzeń czynnościowych, a nie wynika jedynie z morfologicznych zmian narządowych. Ból trzewny zwykle jest trudny do zlokalizowania z powodu tendencji rzutowania do innych, zdrowych obszarów ciała. Zjawisko to jest spowodowane dopływem do pojedynczego neuronu rdzeniowego informacji czuciowej z różnych struktur organizmu (ze skóry, organów wewnętrznych, mięśni czy szkieletu). Stąd ból spowodowany np. przez ognisko zapalne w trzustce odczuwany jest jako ból pleców, a spowodowany patologią centralnych obszarów przepony jest odczuwany w barkach. Zjawisko to nosi nazwę bólu rzutowanego i odpowiada za nie również fakt, że z trzewi do OUN biegnie tylko 10 proc. neuronów, a 90 proc. pochodzi z naszych powłok. Mądry klinicysta, jeżeli chory zgłasza dolegliwości ze ściany klatki piersiowej lub ściany jamy brzusznej, zawsze najpierw wyklucza trzewne podłoże dolegliwości.

Ból niereceptorowy (neuropatyczny) jest przewlekłym bólem spowodowanym uszkodzeniem ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego w wyniku urazu, zakażenia, niedokrwienia, niedotlenienia, zaburzeń metabolicznych lub nacieku nowotworowego. Ból neuropatyczny charakteryzują gwałtowne, napadowe doznania bólowe trwające od kilku sekund do kilku minut o charakterze przerywanym lub stałym i doznaniach palenia, wykręcania, rozrywania, miażdżenia – odczuwanych początkowo w miejscu uszkodzenia, a następnie z mniejszym nasileniem, w obszarach otaczających – parestezje o typie mrowienia lub kłucia, uczucie ciężkości i drętwienia.

Należy wspomnieć także o bólu psychogennym, który jest drugim rodzajem bólu niereceptorowego a pojawia się bez towarzyszącego uszkodzenia tkanek, ale odnoszony jest przez pacjenta do takiego uszkodzenia. Związany jest on z procesem myślenia, stanem emocjonalnym lub osobowością.

Z uwagi na rodzaj bodźca wywołującego stymulację nocyceptyczną rozróżnia się:

- ból fizjologiczny z aktywacją nocyceptorów (bez uszkodzenia tkanek)
- ból kliniczny, który jest konsekwencją uszkodzenia tkanek i uruchomienia mechanizmów sensytyzacji obwodowej (zmiany właściwości i wrażliwości pierwotnych zakończeń nerwowych) i ośrodkowej (zmiany w OUN). Zjawisko to przejawia się obniżeniem progu bólowego (alodynia – pojawienie się bólu po zadziaaniu bodźca nienocyceptycznego, np. dotyku), wzrasta odpowiedź na stymulację (hiperalgezia), mogą występować bóle spontaniczne oraz ból rzutowany. Ból kliniczny, charakterystyczny jest m.in. dla bólu pooperacyjnego lub pourazowego. cdn...

mgr Jolanta Łoś  
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa  
anestezjologicznego i intensywnej opieki

# Problemy pielęgniarские związane z długotrwałym unieruchomieniem

JANINA WŁODARCZYK, AGATA KUNIKOWSKA-BŁOCH, ANNA GRYGIELSKA, ELŻBIETA MILLER

**Długotrwałe unieruchomienie stanowi poważny problem interdyscyplinarny współczesnej medycyny. Zastosowanie elementów rehabilitacji przyłóżkowej przez zespół pielęgniarский może istotnie zmniejszyć negatywny wpływ unieruchomienia, przyspieszyć proces zdrowienia i poprawić stan ogólny chorego.**

Hipokinezja jest stanem klinicznym spowodowanym ograniczeniem aktywności ruchowej lub jej brakiem. Prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej i usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi) przez wykwalifikowany personel pielęgniarский ma zasadnicze znaczenie w zapobieganiu powikłaniom wynikającym z unieruchomienia. Do powikłań tych zaliczamy między innymi: zanik mięśni i tkanki kostnej, przykurcze, odleżyny, zaburzenia krzepliwości, zmniejszenie wydolności wysiłkowej, zaburzenia metaboliczne i wodno-elektrolitowe.

Celem pracy jest przedstawienie problemów pielęgniarских związanych z długotrwałym unieruchomieniem chorych. Poprzez pielęgnację skóry, terapię ułożeniową i systematyczne, krótkie codzienne sesje prostych ćwiczeń biernych i czynnych można uniknąć lub zminimalizować ryzyko wystąpienia powikłań hipokinezji.

Omówiono konsekwencje długotrwałego unieruchomienia oraz wpływ aktywności fizycznej na prawidłowe funkcjonowanie organizmu, na czynności jego narządów a w konsekwencji skrócenie czasu zdrowienia i odzyskania pełnej sprawności fizycznej.

## WSTĘP

Długotrwałe unieruchomienie może przyjąć postać akinezji lub hipokinezji. Akinezja (inaczej bezruch, całkowite odrętwienie), to stan charakteryzujący się całkowitym lub częściowym upośledzeniem ruchów natomiast hipokinezja to stan niedostatecznego ruchu w stosunku do potrzeb naszego organizmu. Przyczynami długotrwałego ograniczenia aktywności ruchowej mogą być różnego typu schorzenia, zwłaszcza przewlekłe, oraz stany pourazowe:

- choroby układu sercowo-naczyniowego (udar mózgu, zawał mięśnia sercowego),
- choroby neurologiczne (choroba Alzheimera, Parkinsona, stwardnienie rozsiane, miastenia, uszkodzenie rdzenia kręgowego),

- choroby układu oddechowego (przewlekła obturacyjna choroba płuc, zapalenie płuc),
- schorzenia układu kostno-stawowego (zaawansowana choroba zwyrodnieniowa, osteoporoza, złamania i urazy związane z długotrwałym unieruchomieniem),
- długotrwałe przebywanie w pozycji zmniejszającej siłę ciężenia, jak pozycja siedząca lub leżąca (wielogodzinna praca statyczna z zaniechaniem wysiłku fizycznego).

## KONSEKWENCJE UNIERUCHOMIENIA

Hipokinezja wpływa niekorzystnie praktycznie na wszystkie układy organizmu człowieka, zwiększając ryzyko rozwoju wielu dodatkowych chorób a przez to również ryzyko zgonu. Pacjenci, których choroba zmusza do zmniejszenia aktywności ruchowej lub całkowicie uniemożliwia poruszanie się, nie tylko muszą walczyć z chorobą podstawową, ale także z konsekwencjami zdrowotnymi długotrwałego unieruchomienia. Do konsekwencji zdrowotnych długotrwałego unieruchomienia można zaliczyć zmiany w poszczególnych układach organizmu człowieka.

**Układ mięśniowy.** Brak aktywności ruchowej w ciągu kilku dni prowadzi do zaniku mięśni. W czasie długotrwałego unieruchomienia dochodzi do zaników głównie mięśni kończyn dolnych i mięśni stabilizujących dolny odcinek kręgosłupa. Najwcześniej dochodzi do zaników w grupie mięśni zginaczy podeszwowych stóp. Hipokinezja prowadzi nie tylko do zmniejszenia masy mięśniowej, ale również do osłabienia siły mięśniowej. Długotrwała hipokinezja prowadzi również do zaburzeń koordynacji nerwowo-mięśniowej. Powoduje to trudności z utrzymaniem równowagi i postawy ciała, niezborność ruchów, zaburzenia ekonomizacji wysiłku fizycznego. Ponadto obserwuje się, spadek elastyczności, osłabienie wydolności i wytrzymałości mięśni na obciążenie, osłabienie działania pompy mięśniowej.

**Układ kostny.** Demineralizacja kości, przyspieszenie zmian prowadzących do osteopenii i osteoporozy, spadek odporności mechanicznej kości, złamania, u osób młodych brak wzrostu kości ze względu na brak obciążenia osiowego.

**Układ stawowy.** Hipokineza wpływa na pogorszenie ukrwienia i odżywienia stawów. Stanowi to przyczynę pojawiającego się obrzęku. Na skutek bezruchu zmniejsza się elastyczność i sprężystość części miękkich stawów (torebki stawowej i więzadeł), dochodzi do ograniczenia zakresu ruchu w stawach i powstania przykurczów stawowych, wytworzenie się stawów rzekomych, przyspieszenie powstawania zmian zwyrodnieniowych.

**Układ krążenia.** Zmniejszenie ilości krwi krążącej, obniżenie pojemności wyrzutowej serca (czego konsekwencją jest gorsze ukrwienie tkanek), spadek ciśnienia tętniczego (hipotonia ortostatyczna, zawroty głowy osłabienie, męczliwość), tachykardia spoczynkowa i wysiłkowa, obniżenie objętości osocza, zagęszczenie i wzrost lepkości krwi, zwiększona tendencja do zakrzepicy żyłnej (hipowolemia, zwolniony przepływ krwi, zwiększona krzepliwość).

**Układ oddechowy.** W pierwszych dniach unieruchomienia zmniejsza się maksymalna zdolność pochłaniania tlenu przez organizm (VO<sub>2</sub> max). Po około 2–3 tygodniach zmniejsza się ona o 25–30 proc. Obniżenie pułapu tlenowego związane jest przede wszystkim ze zmniejszoną zdolnością transportu tlenu z płuc do mięśni przez układ krążenia. Jest ono większe u osób dobrze wytrenowanych niż u ludzi prowadzących siedzący tryb życia. W wyniku bezruchu wydolność aerobowa spada najszybciej w ciągu pierwszych kilku dni, w późniejszym okresie zmiany są wolniejsze. Ponadto dochodzi do zmiany toru oddychania, zmniejszenia ruchomości klatki piersiowej, pogorszenia wentylacji płuc (nawet o 20–25 proc.), osłabienia odruchu kaszlowego, niedodmy, zapalenia płuc.

**Skóra.** Zmniejszenie elastyczności, atrofia, odleżyny.

**Metabolizm.** Kwasica metaboliczna, ujemny bilans azotowo-białkowy, ujemny bilans wapniowo-fosforowy, hiperkalcemia (co prowadzi do osteoporozy, kamicy wapniowej dróg moczowych, powstawania neurogennych skostnień okołostawowych).

**Układ endokryny.** Aktywacja układu adrenergicznego z następowym wzrostem zapotrzebowania na tlen i wzrostem ciśnienia tętniczego krwi, wzrost poziomu glikokortykosteroidów, aldosteronu, hormonów tarczycy, obniżenie poziomu wytwarzania insuliny, poprzez działanie katecholamin, wzrost poziomu glukozy (a w konsekwencji zmniejszenie beztłuszczowej masy tkankowej, zmniejszenie siły i masy mięśni, głównie – kończyn dolnych i prostowników tułowia,

zaburzenia termoregulacji, upośledzenie mechanizmów odpornościowych).

**Układ nerwowy.** Zaburzenia równowagi i koordynacji ruchowej. Występowanie stanów lękowych, obniżonego nastroju, labilności emocjonalnej, depresji.

**Układ pokarmowy.** Niedożywienie, zaburzenia perystaltyki.

**Układ moczowy.** Infekcje, kamica.

### WPŁYW ĆWICZEŃ NA ORGANIZM LUDZKI

Mając na uwadze jak wiele negatywnych skutków na funkcjonowanie organizmu ludzkiego wywołuje zmniejszenie lub brak aktywności fizycznej, zrozumiałe jest podkreślanie znaczenia zapobiegania długotrwałemu unieruchomieniu oraz skrócenie czasu jego trwania do minimum. W minimalizacji następstw długotrwałego unieruchomienia zasadnicze znaczenie mają ćwiczenia i aktywność fizyczna wywierające korzystne działanie na podstawowe układy organizmu człowieka.

Ćwiczenia wpływają kształtująco na mięśnie, zwiększają ich siłę i masę, poprawiają ich czynność, utrzymują prawidłową długość i elastyczność mięśni, rozwijają zdolność reagowania mięśni na bodźce układu nerwowego. Skurcz oraz następczy rozkurcz mięśnia występujące podczas ćwiczeń zespołów mięśniowych ułatwiają prawidłowe krążenie krwi na obwodzie i odpływ chłonki naczyniami chłonnymi. Poprawia się czynność metaboliczna i enzymatyczna komórek mięśniowych. Poprzez odpowiednio stosowane ćwiczenia utrzymywany jest pełny zakres ruchu w stawach – jako działanie profilaktyczne lub jego zwiększenie w przypadku ograniczenia ruchomości. Ćwiczenia i ruch kształtują powierzchnie stawowe oraz zapewniają odpowiednią sprężystość i elastyczność torebek stawowych i więzadeł a także wpływają na uwapnienie i wytrzymałość mechaniczną kości. Stosowanie ćwiczeń biernych w pełnym zakresie ma zasadnicze znaczenie w prawidłowym odżywianiu i funkcjonowaniu stawu oraz w zapobieganiu powstania przykurczów stawowych. Podczas ruchu stawu ma miejsce wytwarzanie mazi stawowej a docisk powierzchni stawowych ułatwia optymalne jej wykorzystanie do odżywienia chrząstki stawowej.

Ruch jest bardzo silnym bodźcem dla układu nerwowego. Powoduje pobudzenie ośrodkowego układu nerwowego. Rozwija się pamięć ruchowa oraz szybkość i łatwość oddziaływania na bodźce zewnętrzne. Ćwiczenia mogą zmniejszyć zaburzenia równowagi i koordynacji ruchowej.

Poprzez ćwiczenia można nauczyć pacjenta prawidłowego oddychania i zwiększyć pojemność życiową płuc, co wpływa na: lepsze utlenienie krwi krążącej, prawidłową czynność oddechową, elastyczność i prężność tkanki płucnej oraz siłę mięśni oddechowych, kształtowanie klatki piersiowej i postawy człowieka. Prawidłowo funkcjonujący, wydolny

układ oddechowy ma znaczny wpływ na wydolność i ogólną sprawność fizyczną organizmu.

Ćwiczenia i ruch właściwie dozowane zwiększają wydolność i sprawność układu krążenia. Dochodzi do spoczynkowego zwolnienia akcji serca oraz obniżenia ciśnienia tętniczego krwi. Zwiększają się siła skurczu mięśnia sercowego i objętość wyrzutowa serca. Wzrasta zaopatrzenie mięśnia serca w tlen dzięki sprawniejszemu krążeniu wieńcowemu. Obniża się stężenie niskocząsteczkowych lipoproteid we krwi, a wzrasta stężenie wysokocząsteczkowych, co ma duże znaczenie w zapobieganiu miażdżycy.

Aktywność fizyczna ma wpływ na prawidłowe funkcjonowanie mięśni gładkich i narządów leżących w jamie brzusznej i miednicy. Następstwem jej jest poprawa czynności żołądka i jelit oraz wątroby, zapobieganie zaparciom i zaleganiu moczu w drogach moczowych, a przez to infekcjom i tworzeniu się kamieni moczowych.

### ZADANIA PIEŁĘGNIARKI MINIMALIZACJI SKUTKÓW UNIERUCHOMIENIA

Ruch i ćwiczenia jako bodźce naturalne oddziałują na cały nasz organizm. Wpływają na prawidłowe jego funkcjonowanie, na czynności jego narządów, co w konsekwencji zwiększa lub przywraca choremu pełną sprawność fizyczną. Hipokineza dotyczy pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych o różnej specjalności. Ze względu na ograniczone możliwości zapewnienia rehabilitacji przyłóżkowej bardzo ważna jest rola wykwalifikowanego zespołu pielęgniarskiego pracującego na każdym oddziale szpitalnym w profilaktyce następstw unieruchomienia i rehabilitacji pacjentów długotrwanie unieruchomionych. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego (na podstawie art. 6 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.) jest ona uprawniona do wykonywania samodzielnie świadczeń rehabilitacyjnych obejmujących:

- prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z unieruchomienia;
- prowadzenie usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi);
- prowadzenie aktywizacji podopiecznych z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego.

Do najważniejszych zabiegów profilaktycznych stosowanych przez zespół pielęgniarski w celu minimalizacji konsekwencji długotrwałego unieruchomienia a zatem szybszego powrotu do zdrowia należy: profilaktyka odleżyn, zapobieganie zanikom mięśniowym i kostnym oraz zapobieganie powstawaniu przykurczów stawowych.

### Profilaktyka przeciwoleżynowa

Odleżynami nazywamy zmiany obejmujące skórę i tkanki podskórne, powstające na skutek długotrwałego ucisku, tarcia lub tych dwóch czynników jednocześnie. Istnieje wiele podziałów stopnia zaawansowania odleżyn w zależności od ich głębokości, wyglądu, wielkości. Przykładem może być pięciostopniowa klasyfikacja odleżyn wg Torrance'a:

- I stopień – blednące zaczerwienienie – odwracalne. Jest wywołane reaktywnym przekrwieniem i zaczerwienieniem w odpowiedzi na uraz. Pod wpływem ucisku palca blednie, co oznacza, że mikrokrażenie jest nieuszkodzone.

- II stopień – nieblednące zaczerwienienie – rumień utrzymujący się po zniesieniu ucisku. Wskazuje na uszkodzenie mikrokrażenia, zapalenie i obrzęk tkanek. Może pojawić się powierzchowny obrzęk uszkodzenia naskórka i pęcherze.

- III stopień – uszkodzenie pełnej grubości skóry do granicy z tkanką podskórną. Brzegi rany są otoczone obrzękiem i rumieniem. Dno rany wypełnione jest czerwoną ziarniną lub żółtymi masami rozpadających się tkanek.

- IV stopień – uszkodzenie obejmuje również tkankę podskórną. Martwica tkanki tłuszczowej spowodowana jest zapaleniem i zakrzepicą małych naczyń. Brzeg odleżyny jest zwykle dobrze odgraniczony, lecz martwica może również dotyczyć tkanek otaczających. Dno bywa także pokryte brunatno-czarną martwicą.

- V stopień – zaawansowana martwica przekracza powięź, dochodzi do mięśni. Uszkodzenia mogą dotyczyć również stawów i kości. Powstają jamy mogące się komunikować między sobą. W ranie znajdują się rozpadające masy tkanek i czarna martwica.

Za pierwszą i podstawową zasadę prewencji powstania odleżyny uznaje się rozpoznawanie czynników ryzyka ich rozwoju. Jedną ze skal służących ocenie zagrożenia odleżynami jest skala Nortona. Odleżyny powstają najczęściej podczas pierwszych 2 tygodni hospitalizacji. Ponad 30–40 proc. rozwija się w pierwszym, natomiast około 70 proc. – w drugim tygodniu unieruchomienia chorego. Dlatego ważne jest, by pierwszej identyfikacji i wstępnej oceny czynników ryzyka dokonano już w momencie przyjęcia chorego na oddział.

Działania profilaktyczne rozwoju odleżyn polegają na:

- zmianie pozycji ciała chorego w łóżku przynajmniej co 2 godziny (w przypadku chorych pozostających w bezruchu na wózku inwalidzkim lub krześle już po 15 minutach unieruchomienia)

- codziennej kontroli i pielęgnacji skóry
- stosowaniu środków zapobiegawczych (wałki, kliny, poduszki w celu stabilizacji pozycji i zabezpieczenia chorego przed zsunieniem się, materace przeciwoleżynowe: statyczne i zmiennościściennowe)

- uruchamianiu pacjenta i pobudzaniu jego aktywności
- odpowiednim żywieniu, uzupełnianiu niedoborów pokarmowych.

Częsta zmiana pozycji jest najlepszym sposobem zapobiegania powstaniu odleżyn, ponieważ powoduje odciążenie miejsc narażonych na ucisk. Częstotliwość zmiany ułożenia jest uzależniona od stanu pacjenta, a także od rodzaju podłoża na którym jest położony. Przy ułożeniu:

- na boku – należy pamiętać o przedzieleniu nóg poduszkami aby uniknąć wzajemnego ucisku;
- na brzuchu – układamy pacjentów wydolnych oddechow, pamiętając o zabezpieczeniu kolan, podkładając pod uda np. poduszkę p/odleżynową;
- na plecach należy zabezpieczyć: łokcie (układając przedramię na poduszcze, klinie p/odleżynowym), pośladki (podkładając pod nie również poduszki, owcze runo),
- pięty (używając podpórek z gąbki poliuretanowej na nogi powyżej kostek).

Obserwacja skóry pozwala na szybkie i wczesne wychwylenie zmian odleżynowych np. zaczerwienienie. Należy systematycznie kontrolować skórę w czasie wykonywania czynności higienicznych oraz przy każdej zmianie pozycji. Przy badaniu należy zwrócić szczególną uwagę na wyniosłości kostne.

#### Zapobieganie zanikom mięśniowym i kostnym

Najważniejszym czynnikiem profilaktyki zaników mięśniowych są ćwiczenia. Powinny być tak prowadzone, aby obejmowały wszystkie stawy i grupy mięśniowe. W zależności od możliwości chorego i jego stanu ogólnego można stosować następujące ćwiczenia:

- bierne – wykonywane przez pielęgniarkę bez udziału chorego (w pełnym zakresie ruchu we wszystkich możliwych dla danego stawu płaszczyznach);
- czynne – wykonywane przez chorego na polecenie ćwiczącego;
- czynno-bierne – część ruchu wykonuje ćwiczący przy czynnym udziale chorego;
- izometryczne – do wzrostu napięcia mięśniowego dochodzi bez wykonania ruchu.

Ćwiczenia, ruch, obciążenie mechaniczne układu kostnego poprawiają uwapnienie i wytrzymałość mechaniczną kości. Dlatego ważnym elementem profilaktyki zaników mięśniowych jest pionizacja. Przygotowując pacjentów długo leżących do pierwszej pionizacji należy pamiętać aby proces ten nie był gwałtowny. Powinien on polegać na stopniowym przechodzeniu pacjenta z pozycji leżącej do półsiedzącej (dodatkowa poduszka, podniesienie zagłówka w łóżku), aż do siadu płaskiego. Następnie chory przechodzi do siadu z opuszczonymi nogami, by następnie dojść do pozycji pionowej przy asyście dwóch osób. W poszczególnych pozycjach wykonuje się ćwiczenia oddechowe, czynne kończyn górnych i dolnych oraz ćwiczenia równoważne.

#### Zapobieganie powstawaniu przykurczów stawowych

W profilaktyce przykurczów bardzo duże znaczenie mają ćwiczenia bierne i czynne. Ćwiczenia te muszą być prowadzone

dla każdego stawu kończyn górnych i dolnych, we wszystkich właściwych dla stawu płaszczyznach oraz w pełnym zakresie ruchu. Należy stosować terapię ułożeniową z zachowaniem fizjologicznego ułożenia ciała pacjenta w różnych pozycjach pielęgnacyjnych. W przypadku istniejących przykurczów zgięciowych w stawach kolanowych można je obciążać woreczkiem z piaskiem w celu częściowej lub całkowitej korekcji dysfunkcji.

#### WNIOSKI

Hipokinezja, brak aktywności ruchowej przyczynia się do zaburzenia funkcjonowania niemal wszystkich narządów i układów organizmu człowieka.

Długotrwałe unieruchomienie stanowi poważny problem interdyscyplinarny współczesnej medycyny.

Zastosowanie elementów rehabilitacji przyłóżkowej przez zespół pielęgniarstwa może istotnie zmniejszyć negatywny wpływ unieruchomienia, przyspieszyć proces zdrowienia i poprawić stan ogólny chorego.

#### Literatura:

1. Andrzej Kwolek „Rehabilitacja medyczna” tom 2, Wydawnictwo Urban & Partner, 2004
2. Miller E. Rola pielęgniarki w profilaktyce wybranych powikłań związanych z unieruchomieniem chorego. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2007; 15 (4): 278-283
3. Milanowska K. Kinezyterapia. 2008
4. Klukowski K. Zmiany czynnościowe ustroju w stanach bezczynności ruchowej. *Kinezyterapia*. 2003; Tom II; 111-112
5. Kiwerski J. E. Rehabilitacja w opiece długoterminowej – aspekty kliniczne i społeczne. *Balneologia Polska*; 2009,LI,4; 322-326
6. Szewczyk M. T., Cwajda J., Cierzniańska K. Zasady prowadzenia skutecznej profilaktyki ran odleżynowych. *Wiadomości Lekarskie* 2006, LIX, 11-12; 842-847
7. Klukowski M. Odleżyny u osób w wieku podeszłym – zapobieganie i leczenie. *Postępy Nauk Medycznych* 12/2008; s. 818-820
8. Kwolek A. „Rehabilitacja w udarze mózgu”, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2009
9. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2012; 46, 1 (supl. 1)
10. Miller E., Rutkowski M., Mrowicka M., Matuszewski T. „Udział reaktywnych form tlenu w uszkodzeniu mięśni wywołanych hipokinezją”, *Pol. Merk. Lek.*, 2007, XXII, 130,314
11. Górski J. „Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego”, Wydawnictwo Lekarskie PZWL
12. Kiwerski J., „Schorzenia i urazy kręgosłupa”, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2001
13. Sopata M, Łuczak J., „Odeżyny – profilaktyka i leczenie”, *Przewodnik Lekarza* 2001, 4, 7, 120-126
14. Zasadzińska G., Chiżyński K., „Zespół polimetaboliczny”, *Forum Kardiologów* 2001, tom 6, nr 4, 187-189

Janina Włodarczyk, Agata Kunikowska-Błoch,  
Anna Grygielska, Elżbieta Miller  
Oddział Rehabilitacji Neurologicznej  
III Szpital Miejski, Łódź



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## Człowiek- najlepsza inwestycja



## ZASTRYK 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

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

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

## Sprawozdanie z konferencji „Dokumentacja medyczna dla pielęgniarek i położnych”

Przedstawiciele Komisji Prawa i Legislacji działającej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w składzie: Anna Maciejek, Iwona Flamholz i Dorota Maciejewska uczestniczyli w dniu 11 marca 2013 r. w szkoleniu „Dokumentacja medyczna dla pielęgniarek i położnych” organizowanym przez Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Zajęcia odbywały się w Katowicach. Prowadząca szkolenie pani Ewa Janiuk jest kierownikiem i współzałożycielem NZOZ-u w Opolu, jak również aktywnym członkiem samorządu zawodowego, towarzyszem naukowych i organizacji pozarządowych zajmujących się problemami zdrowia, rodziny, opieki pielęgniarskiej oraz sytuacją zawodową pielęgniarek i położnych. Plan szkolenia obejmował najważniejsze informacje dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej, aspekty prawne, formy i rodzaje dokumentacji, najczęstsze nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji oraz suplementy do szkolenia w postaci wzorów dokumentacji. Dzięki szkoleniu poszerzyliśmy w dużym stopniu wiedzę o zagadnieniu, takie jak:

- czym jest dokumentacja medyczna i jakie spełnia zadania,
- jakie akty prawne wyznaczają zadania i zapisy potwierdzające ich wykonanie w prowadzonej dokumentacji,
- gdzie należy odnaleźć konkretne wzory dokumentacji
- oraz jakie są formy i rodzaje prowadzenia dokumentacji medycznej przy podziale na dokumentację indywidualną i zbiorczą.

Podczas szkolenia uzyskaliśmy również wiedzę na temat prawidłowości obowiązków podczas prowadzenia dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych, kto powi-



nien i jakiego rodzaju wpisu dokonywać w dokumentacji medycznej, jaką rolę pełni edukacja zdrowotna i działania mające na celu profilaktykę chorób, jakie są zasady pisania raportu pielęgniarskiego i zasady dokumentowania, jakie najczęściej występują nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji oraz jak należy oznaczać osoby udzielające świadczeń zdrowotnych oraz pacjentów, a także jakie są zasady ochrony danych osobowych dokumentacji prowadzonej w formie papierowej i elektronicznej. Szkolenie podniosło w szerokim aspekcie naszą wiedzę i kompetencje oraz pokazało jak ważna jest odpowiednio prowadzona dokumentacja zarówno dla pacjentów jak i pracującego personelu medycznego.

mgr Maciejek Anna  
Przewodnicząca Komisji Prawa i Legislacji

### KOMUNIKAT

#### Zmiana godzin urzędowania Mecenasa OIPiP:

wtorek: 14.00 – 18.00

czwartek: 12.00 – 14.00

tel. 42 633 71 06

## Komunikat Komisji Prawa i Legislacji OIPiP w Łodzi

W miesiącu wrześniu komisja organizuje konferencję szkoleniową dla pielęgniarek i położnych naszej OIPiP w Łodzi. Główną część spotkania będzie stanowił wykład – szkolenie pani mgr prawa – dr n. med. Justyny Zajdel, wykładowcy Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, która reprezentuje Wydawnictwo – Kancelarię Progress specjalizującą się w zakresie prawa medycznego.

Szkolenie miałooby na celu uwzględnienie specyfiki zawodu pielęgniarki i położnej i dotyczyłoby najważniejszych aspektów prawnych wykonywania naszej profesji oraz odpowiedzialności osób wykonujących zawody medyczne za naruszenie praw pacjenta. Poruszane byłyby również analizy problemów karnych oraz dziedziny prawa cywilnego typu: wszelkie roszczenia o odszkodowania, prawa pracy, a także obejmujących tele-medycynę.

Jako organizatorzy chcemy stworzyć **bank pytań**, którego celem będzie zgromadzenie wszelkich pytań, wątpliwości i problemów, z jakimi borykają się pod-

czas wykonywania czynności zawodowych pielęgniarki i położne.

Dlatego też pragniemy zachęcić wszystkie panie pielęgniarki i położne do zadawania pytań na temat nurtujących je problemów i wysyłanie ich:

- na adres e-mail: [bankpytan@oipp.lodz.pl](mailto:bankpytan@oipp.lodz.pl)
- telefonicznie do Przewodniczącej Komisji Prawa i Legislacji **pani Anny Maciejek pod nr telefonu 502 044 405**

- w formie papierowej do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dopiskiem „Bank pytań – Komisja Prawa i Legislacji”.

Po ich otrzymaniu zostaną one przekazane do pani dr Justyny Zajdel, z prośbą o przygotowanie na nie odpowiedzi. Podczas szkolenia również będzie można uzyskać odpowiedzi na zadawane pytania.

W imieniu organizatorów  
mgr Anna Maciejek  
Przewodniczącej Komisji Prawa i Legislacji

## Sprawozdanie z konferencji „Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce”

Dnia 10 maja 2013 roku kierunek Pielęgniarstwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi zorganizował IX Konferencję Naukowo-Szkoleniową pod tytułem „Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce. Starzenie się społeczeństwa wyzwaniem dla zespołu opieki interdyscyplinarnej”.

Wśród zaproszonych gości byli: Pani Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – Agnieszka Kałużna, Pani Jolanta Czernik – Fundator i Założyciel Fundacji Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego, Pani Jadwiga Frontczak – Prezes Stowarzyszenia na Rzecz Godności Życia Ludzkiego Humane Vitae, Pani Mariola Głowacka – Przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, Pani Krystyna Bogus reprezentująca Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi.



Władze Uczelni reprezentował Dziekan Wydziału Humanistycznego AHE w Łodzi prof. dr hab. n. med. Hieronim Bartel, oraz Pełnomocnik Prezydenta AHE w Łodzi ds. rozwoju kierunków medycznych prof. dr hab. n. med. Andrzej Denys.

Sesje tematyczne dotyczyły badań naukowych w pielęgniarstwie, opieki instytucjonalnej nad osobą starszą, aktywności fizycznej osób starszych jako elementu jakości życia i postrzegania starości jako zjawiska medycznego, społecznego, psychologicznego i kulturowego.

Wykład inauguracyjny wygłosił prof. dr hab. n. med. Andrzej Denys, wśród prelegentów byli przedstawiciele ośrodków naukowych z całej Polski m.in. Legnicy, Jarosławia, Lublina, Kielc, Warszawy, Torunia, Poznania i Łodzi.

Konferencja dała możliwość wymiany poglądów, wiedzy i doświadczeń z zakresu pielęgniarstwa i dziedzin pokrewnych, była także okazją do spotkania środowiska pielęgniarskiego i owocnych rozmów w kulisach. Jednocześnie zbiegła się z Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki stając się okazją do złożenia życzeń wszelkiej pomyślności zawodowej i osobistej całemu środowisku pielęgniarskiemu.

mgr Agnieszka Renn-Żurek  
prodziekan kierunku pielęgniarstwo  
AHE, Łódź

## ZAPRASZAMY NA KURSY ORAZ SPECJALIZACJE



### SPECJALIZACJE DLA PIELĘGNIAREK

Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo operacyjne • Pielęgniarstwo położnicze • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej • Pielęgniarstwo kardiologiczne • Pielęgniarstwo anestezjologicznej i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo zachowawcze • Pielęgniarstwo chirurgiczne

### SPECJALIZACJE DLA POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo położnicze

### SPECJALIZACJE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo neonatologiczne • Pielęgniarstwo epidemiologiczne

### KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

### KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK

Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo kardiologiczne • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej • Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania • Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią • Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo pediatryczne • Pielęgniarstwo zachowawcze

### SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

### SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

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

### SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Wykonanie konikopunkcji i odbarczenie odmy przężnej oraz wykonania dojścia doszpikowego

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

**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**



Z wielkim żalem żegnamy naszą koleżankę pielęgniarkę

### *Wiesławę Senderowicz*

która odeszła od nas 25 kwietnia 2013 roku.  
Była człowiekiem o wielkim sercu i wrażliwej duszy.  
Kochała swój zawód, zawsze pomagała innym.  
Życzliwa, uśmiechnięta – taka pozostanie w naszej pamięci.

pielęgniarki Stacji Dializ  
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego  
im. WAM-CSW w Łodzi

# Nad Dunajem w Budapeszcie

ZDZISŁAWA KULESZA

## Dzień pierwszy

Dnia 19 kwietnia o godz. 6.00 wyruszamy na trzydniową wycieczkę do Budapesztu. Do Słowacji wjeżdżamy w Zwardoniu i do Ziliny wokół widać góry z ośnieżonymi szczytami. Pogoda dopisuje 24°C, pola już się zielenią, rozkwitły krzewy forsycji barwą słońca. Do Budapesztu dojeżdżamy o 18.00 a do hotelu Atlantyk pół godziny później. Po zakwaterowaniu udajemy się do restauracji na obiadokolację. Po 20.00 jedziemy nad Dunaj na rejs statkiem, oba brzegi rzeki oświetlone, ukazują piękne zabytki, mosty, Parlament, Pałac Królewski, Górę Gellerta. Naszym przewodnikiem jest pan Karol Balasz, opowiada o historii mijanych obiektów, mostach, których jest dziesięć w Budapeszcie na Dunaju. Zniszczenia wojenne – wysadzenie mostów przez wycofującą się armię niemiecką a w 1956 r. przez czołgi radzieckie – zostały przez Węgrów odbudowane i doprowadzone do dawnego blasku. Przy dźwiękach muzyki „Nad pięknym modrym Dunajem” dopływamy do brzegu, by udać się na spacer po Moście Łańcuchowym – najbardziej nowoczesnym w XIX-wiecznej Europie. O 23.00 wracamy na nocleg

## Dzień drugi

Po śniadaniu (szwedzki stół) o godz. 9.00 wyruszamy na zwiedzanie miasta. Dojeżdżamy do miejskiego parku, gdzie na dużym Placu Bohaterów znajduje się Pomnik Milenijny. Kolumnadę tworzą dwa ćwierćkoła z wysoką kolumną w środku z Archaniołem Gabrielem, pomiędzy filarami stoją pomniki węgierskich królów i siedmiogrodzkich książąt. Pan przewodnik opowiada dzieje tego miejsca i postaci tu przedstawionych. Liczne pomniki z brązu na placu, czas pokrył zieloną patyną. Podziwiamy Zamek Wajdahunyad wybudowany w 1896 r. na wystawę milenijną, obok kościół i klasztor, dalej improwizowany budynek o antycznej fasadzie to Galeria Sztuki oraz Muzeum Sztuk Pięknych z 1900 r. z bogatymi zbiorami egipskimi i greckimi. Budapeszt jest również uzdrowiskiem z najcieplejszymi źródłami w Kapielisku i Łażni Széchenyiego.

Zachwyciła nas Bazylika Świętego Stefana – największego kościoła w Budapeszcie, marmury, posągi, malowidła i bogate złoceń. Kapliczka z relikwiami świętego była zamknięta.

Jedziemy do dużej hali targowej, gdzie można robić zakupy wyrobów węgierskich i pamiątek. Dalsze zwiedzanie to Budańskie Wzgórze Zamkowe wznoszące się na 180 metrów nad poziomem morza. Podziwiamy nastrojowe uliczki, barokowe i rokokowe zabudowy, dochodzimy do Zamku Królewskiego, w którym umieszczone są: Biblioteka Państwowa, Węgierska Galeria Narodowa i inne wystawy. Oglądamy

zamek i podziwiamy widoki na miasto. Fontanna Macieja przedstawia króla na polowaniu, gdy spotkał legendarną Piękną Ilonkę. Kościół Macieja z XIII w. przebudowano w XIX w. w stylu neogotyckim, odbywają się w nim koncerty organowe, choralne i orkiestrowe. Oglądamy Basztę Rybacką z wieżyczkami i tarasami oraz Pomnik Świętego Stefana na koniu. Wracamy do Pesztu, gdzie przy ulicy dywany kwitnących bratków, forsycji i magnolii. Dzień kończy bogaty w atrakcje wieczór węgierski w piwnicach winiarskich, o których opowiada witający nas gospodarz. Staje się międzynarodową imprezą, gdyż dołączają do nas Włosi z Florencji a później Grecy. Muzycy i tancerze bawią nas muzyką i tańcami a uczestnicy włączają się śpiewem. Rozbawieni i pełni wrażeń około 23.00 wracamy do hotelu.

## Dzień trzeci

Po śniadaniu już spakowani wyruszamy na zwiedzanie Wyspy św. Małgorzaty. Idziemy do bohatera dwóch narodów – Polski i Węgier – Józefa Bema. Pomnik na cokole przedstawia generała w kapeluszu z prawą ręką na temblaku.



Nazywany przez węgierskich żołnierzy „ojczulkiem” był bardzo przez nich lubiany. Składamy wiązankę biało-czerwonych tulipanów i śpiewamy nasz hymn. Jedziemy na wyspę, widzimy tłumy biegnących Węgrów w maratonie na 15 km, w którym bierze udział 14 tysięcy osób. Na wyspie liczne tereny zielone i wypoczynkowe (słynna pływalnia kryta „Palatinus”), staw z żółwiami i rybkami, ruiny klasztoru i piękny widok na Dunaj i cały Budapeszt. Wracamy do kraju, w Słowacji zatrzymujemy się w Kremnicy, gdzie w 1328 r. założono mennicę, były tu złoża srebra i złota.

Nasza wycieczka to moc wrażeń z pięknej tętniącej życiem metropolii, bogatej w wydarzenia historii, tysięcy lat jej istnienia.

# APEL DZIECKA na DZIEŃ DZIECKA

(Napisany w oparciu o pedagogikę i metody wychowawcze Janusza Korczaka)

## **Nie psuj mnie.**

Dobrze wiem, że nie powinienem mieć tego wszystkiego, czego się domagam. To tylko próba sił z mojej strony.

## **Nie bagatelizuj moich złych nawyków.**

Tylko ty możesz pomóc mi zwalczyć zło, póki jest to jeszcze w ogóle możliwe.

## **Nie zwracaj mi uwagi przy innych ludziach, jeśli nie jest to absolutnie konieczne.**

O wiele bardziej przejmuję się tym, co mówisz, jeśli rozmawiamy w cztery oczy.

## **Nie chroń mnie przed konsekwencjami.**

Czasami dobrze jest nauczyć się rzeczy bolesnych i nieprzyjemnych.

## **Nie zwracaj zbytnej uwagi na moje drobne dolegliwości.**

Czasami wykorzystuję je, by przyciągnąć twoją uwagę.

## **Nie dawaj mi obietnic bez pokrycia.**

Czuję się przeraźliwie tłamszony, kiedy nic z tego wszystkiego nie wychodzi.

## **Nie sprawdzaj z uporem maniaaka mojej uczciwości.**

Zbyt łatwo strach zmusza mnie do kłamstwa.

## **Nie odtrącaj mnie, gdy dręcę cię pytaniami.**

Może się wkrótce okazać, że zamiast prosić cię o wyjaśnienia, poszukam ich gdzie indziej.

## **Nie rób z siebie nieskazitelnego ideału.**

Prawda na twój temat byłaby w przyszłości nie do zniesienia. Nie wyobrażaj sobie, iż przepraszając mnie stracisz autorytet. Za uczciwą grę umiem podziękować miłością, o jakiej nawet ci się nie śniło.

## **Nie bój się stanowczości.**

Właśnie tego potrzebuję – poczucia bezpieczeństwa.

## **Nie rób ze mnie większego dziecka, niż jestem.**

To sprawia, że przyjmuje postawę głupio dorosłą.

## **Nie wmawiaj mi, że błędy, które popełniam, są grzechem.**

To zagraża mojemu poczuciu wartości.

## **Nie przejmuj się za bardzo, gdy mówię, że cię nienawidzę.**

To nie ty jesteś moim wrogiem, lecz twoja miazdząca przewaga.

## **Nie zrzedź.**

W przeciwnym razie muszę się przed tobą bronić i robię się głuchy.

## **Nie zapominaj, że jeszcze trudno mi jest precyzyjnie wyrazić myśli.**

To, dlatego nie zawsze się rozumiemy.

## **Nie bądź niekonsekwentny.**

To mnie ogłupia i wtedy tracę całą moją wiarę w ciebie.

## **Nie wmawiaj mi, że moje lęki są głupie.**

One po prostu są.

## **Nie zapominaj, że uwielbiam wszelkiego rodzaju eksperymenty.**

To po prostu mój sposób na życie, więc przymknij na to oczy.

## **Nie bądź ślepy i przyznaj, że ja też rosnę.**

Wiem, jak trudno dotrzymać mi kroku w tym galopie, ale zrób, co możesz, żeby nam się to udało.

**NIE BÓJ SIĘ MIŁOŚCI. NIGDY!!!**

