

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

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

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Dorota Rybińska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk
tel. 42 633 22 48

Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

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

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

mgr Grażyna Kozak
dyżuruje w I i III poniedziałek miesiąca
w godz. 15.30 – 17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

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

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

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

Konto bieżące OIPiP

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

Prawo wykonywania zawodu

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

Kształcenie podyplomowe

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

Biblioteka OIPiP

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

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

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

Radca prawny

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

Kasa

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

www.oipp.lodz.pl

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

DZIAŁ PRAWNY 3

TEMAT MIESIĄCA 7

PRAKTYKA ZAWODOWA 12

SZKOLENIA KURSY
KONFERENCJE 21

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 25

PODZIĘKOWANIA 26

POŻEGNANIA 28

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

Z prac Okręgowej Rady

VIII posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 16 sierpnia 2012 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 28 pielęgniarkom.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek.
- ▶ Przyjęto 1 oświadczenie o powrocie do zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarki.
- ▶ Wymieniono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 5 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Dokonano zmiany we wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyki pielęgniarek.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: konferencji – 1 osobie, kursie specjalistycznym – 13 osobom, kursie kwalifikacyjnym – 52 osobom, szkolenie specjalistyczne – 1 osobie. Odmówiono przyznania dofinansowania 1 osobie, ze względu na brak udokumentowania 2 lat systematycznego opłacania składki członkowskiej na rzecz samorządu. Ogólny koszt przyznanych 67 osobom dofinansowań wyniósł 48.801,70 zł.
- ▶ Zatwierdzono kadrę dydaktyczną dla 2 kursów kwalifikacyjnych i 7 kursów specjalistycznych.
- ▶ Zatwierdzono 4 komisje kwalifikacyjne i egzaminacyjne dla 2 szkoleń specjalizacyjnych i 2 kursów specjalistycznych.

IX posiedzenia ORPiP w dniu 11 września 2012 r.

- ▶ Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek i 1 pielęgniarza.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 13 pielęgniarkom i 1 pielęgniarzowi.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 7 położnym.
- ▶ Wydano duplikat prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyki pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 11 praktyk pielęgniarek i 2 praktyki położnych.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – 1 zmiana w zakresie dodania kolejnych miejsc prowadzenia zajęć teoretycznych i praktycznych kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, program dla pielęgniarek.

▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym w: kursach specjalistycznych – 10 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 14 osobom. Odmówiono przyznania dofinansowania 4 osobom ze względu na: wykorzystane dofinansowanie w 2012 roku przysługujące jeden raz w roku kalendarzowym, na inną formę kształcenia podyplomowego i brak udokumentowania systematycznego opłacania składki członkowskiej na rzecz OIPiP w Łodzi, przez okres minimum dwóch lat poprzedzających złożenie wniosku o dofinansowanie. Rozpatrzono odwołania i przyznano 1 wsparcie finansowe, w wysokości 1000 zł oraz odmówiono 1 osobie przyznania pomocy, ze względu na brak udokumentowanego zdarzenia uzasadniającego udzielenie pomocy, które spowodowało zapotrzebowania na środki finansowe w wysokości przekraczającej możliwości pokrycia ich z budżetu gospodarstwa domowego przez członka samorządu, zgodnie z obowiązującym regulaminem.

▶ Zatwierdzono:

- powołanie Zespołu ds. pielęgniarstwa w zakresie endoskopii przy OIPiP – spotkania zespołu zaplanowano w dniu 25.09.2012 r. i 27.11.2012 r., o godzinie 16.00 w OIPiP,
- uprawnienia dla Komisji kształcenia, promocji i rozwoju zawodu OIPiP w Łodzi w zakresie dokonywania oceny przedłożonych do realizacji programów kształcenia podyplomowego kursów dokształcających i doskonalących,
- wizytacje trzech praktyk zawodowych pielęgniarek wpisanych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wpisanych do rejestru prowadzonego przez OIPiP w Łodzi,
- rekomendację kandydatury do pełnienia funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego dla województwa łódzkiego,
- koszty dwóch dodatkowych edycji kursu specjalistycznego w zakresie wykonanie i interpretacja zapisu EKG (Nr 03/07), program dla pielęgniarek i położnych w zakładach: Zgierzu i Skiernewicach,
- koszty dwóch szkoleń dokształcających dla pielęgniarek i położnych organizowanych przez Komisję opieki paliatywno-hospicyjnej i długoterminowej OIPiP w Łodzi w zakresie: „Obrzęk limfatyczny w chorobie nowotworowej” i „Cewnikowanie chorych”,
- kadrę dydaktyczną dla dwóch kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi i odbywających się w zakładach w: Pabianicach i Brzezcinach,
- plan kontroli w roku 2012 dwóch organizatorów kształcenia podyplomowego wpisanych do rejestru prowadzonego przez OIPiP w Łodzi, w zakresie realizacji 2 kursów kwalifikacyjnych w dziedzinie: pielęgniarstwa operacyjnego i pielęgniarstwa opieki długoterminowej,
- ▶ Powołano skład osobowy komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla kursu specjalistycznego w zakresie endoskopii, program dla pielęgniarek, organizowanego przez OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do składów osobowych 13 komisji kwalifikacyjnych, w tym: 6 szkoleń specjalizacyjnych, 6 kursów kwalifikacyjnych i 1 kursu specjalistycznego, o które wystąpiło 2 organizatorów kształcenia: ERUDIO i Akademia Zdrowia.
- ▶ Powołano przedstawicieli do składów osobowych komisji konkursowych na stanowiska kierownicze: 5 pielęgniarek oddziałowych i 5 ordynatorów oddziałów.

oprac. mgr Maria Kowalczyk – sekretarz ORPiP

ZDARZENIA MEDYCZNE w świetle aktualnych przepisów

mgr AGNIESZKA NOWAK

W dniu 1 stycznia 2012 r. weszła w życie nowelizacja przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Powyższa ustawa została uchwalona przez Sejm RP dnia 28 kwietnia 2011 r. oraz opublikowana w Dzienniku Ustaw 2011, Nr 113, poz. 660.

W ustawie opisano szczegółowe zasady oraz tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku tzw. zdarzeń medycznych. Wprowadzony przez ustawodawcę nowy rodzaj odpowiedzialności, nieznany dotychczas polskiemu prawu, wzorowany jest na szwedzkim ubezpieczeniu na rzecz pacjenta. Stanowi on próbę rozwiązania problemów związanych z narastającą ilością roszczeń osób poszkodowanych przeciwko zakładom opieki zdrowotnej². W każdym województwie do 31 grudnia 2011 r. zostały powołane komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, mające na celu ustalenie czy zdarzenie, do którego doszło w szpitalu, stanowiło zdarzenie medyczne.

Wcześniejsze piśmiennictwo i orzecznictwo sądowe posługiwało się pojęciem błąd medyczny lub błąd w sztuce lekarskiej⁴.

Na początku lat 50. XX wieku Sąd Najwyższy wyraźnie sprzeciwił się nadawaniu medycynie charakteru sztuki. W wyroku (karnym) z dnia 8.12.1953 r. (II K 811/53) podkreślono, że medycyna, należąca do nauk ścisłych, zasadniczo nie różni się od innych dziedzin naukowych badających rzeczywistość materialną i w związku z tym nie można jej ujmować jako sztuki, a lekarza jako *sui generis* artysty. Stanowisko to wielokrotnie potwierdziła Izba Cywilna Sądu Najwyższego (m.in. w wyroku z dnia 1.04.1955 r., IV CR 39/54; OSN 1957, poz. 7). Także w piśmiennictwie cywilistycznym wyrażono pogląd, w myśl którego dopuszczenie się błędu w sztuce lekarskiej nie powinno pociągać za sobą odpowiedzialności odszkodowawczej (np. w razie wyrządzenia szkody w związku z brakiem zręczności czy zdolności manualnych u chirurga). Od każdego przedstawiciela profesji medycznej wymagany był jednak pewien poziom wiedzy medycznej, a odstępstwa w tym zakresie – jako błędy lekarskie – mogły pociągać za sobą nałożenie na lekarza

obowiązku naprawienia wyrządzonej pacjentowi szkody⁴. Nowe spojrzenie na medycynę spowodowało, że pojęcie błędu w sztuce niejako z konieczności zastąpione zostało bardziej precyzyjną i odpowiadającą kategorią błędu lekarskiego (choć – jak można zauważyć – w praktyce terminologia „błąd w sztuce lekarskiej” nadal jest używana). W najnowszej literaturze jednak znajdziemy częściej posługiwanie się pojęciem błędu medycznego, niż lekarskiego. Przemawia za tym przede wszystkim zorganizowany (zinstytucjonalizowany) charakter udzielania świadczeń zdrowotnych oraz okoliczność, iż lekarz co do zasady działa w zespole, w którym w ostatnich latach wyjątkowe prawa i znaczną samodzielność w działaniu uzyskały pielęgniarki i położne⁴. Wykonując coraz bardziej skomplikowane czynności zdarza się, że również popełniają błędy medyczne.

Ustawodawca omawianej ustawy zrezygnował z wcześniejszego terminu „błąd medyczny” ze względu na zastrzeżenia płynące ze środowiska medycznego, których przedstawiciele uważają, że „błąd medyczny” może sugerować winę lub negatywne postępowanie odpowiedzialnego podmiotu, dlatego ostateczne krytykowane pojęcie zastąpiono słowami „zdarzenie medyczne”. Jednak trudno ocenić czy to sformułowanie jest trafne, ponieważ jest bardzo ogólne i szerokie. Zastosowana definicja opisuje w ustawie co składa się na ten termin, inaczej wiele sytuacji, do których doszłoby w placówce medycznej można byłoby określić jako zdarzenie medyczne².

Z różnych wersji definicji ostatecznie przyjęto w art. 67a ustęp 1 ustawy, który zdarzenie medyczne określa jako „zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci pacjenta będących następstwem działania niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną”.

Postępowanie to może dotyczyć diagnozy, leczenia, wykonania zabiegu operacyjnego, a także zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Zdarzenie medyczne dotyczy diagnozy, jeżeli spowodowała opóźnienie lub niewłaściwe leczenie, które przyczyniło się do rozwoju choroby.

Jak wynika z przepisu zasadniczą przesłanką decydującą o możliwości powstania odpowiedzialności za zdarzenie medyczne jest wystąpienie określonego uszczerbku na skutek

działań niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną. Wg definicji nie ma bezpośredniego odwołania do winy podmiotu leczniczego, gdyż z punktu widzenia przyjętej odpowiedzialności za zdarzenie medyczne, nie ma to żadnego prawnego znaczenia. Trudno jednak sobie wyobrazić sytuację, w której działania niezgodne z aktualną wiedzą medyczną nie były spowodowane nienależytą starannością osób biorących udział w diagnozowaniu czy leczeniu. Wiele zdarzeń np. zakażenie pacjenta czynnikiem chorobotwórczym może świadczyć o wystąpieniu tzw. winy organizacyjnej placówki. Dlatego w przyjętym rozwiązaniu nie tyle chodzi o brak elementu winy, ile brak konieczności jej udowodnienia².

W definicji „zdarzenie medyczne” ustawodawca wskazuje na możliwość wystąpienia nieprawidłowości nie tylko w samym procesie leczenia, ale też na etapie diagnozy oraz zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Niestety pomimo rozbudowanej definicji ustawowej zdarzenia medycznego nadal mogą powstawać wątpliwości, czy konkretne sytuacje objęte są zakresem tego pojęcia. Typowym przykładem może być powstanie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia wywołanych posługiwaniem się niesprawnym czy przestarzałym sprzętem.

Poza tym, jeżeli posługiwanie się taką aparaturą nastąpiło w czasie procesu leczenia, uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia może być też interpretowane jako spowodowane nieprawidłowym leczeniem. Zatem powyższe zdarzenia mogą być spowodowane przez wady produktów medyczno-technicznych lub wyposażenia szpitalnego bądź przez ich niewłaściwe wykorzystywanie przy wykonywaniu badania, sprawowaniu opieki, stosowaniu terapii itp.²

Analizując definicję należy zwrócić uwagę na fakt, iż ustawodawca wskazuje odpowiedzialność za zdarzenia medyczne podmiotu leczniczego w przypadku postępowania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną, nie biorąc pod uwagę odmowy leczenia przez pacjenta, do której ma prawo. Wówczas pojawiają się wątpliwości. Z jednej bowiem strony, przepisy ustawy stosuje się do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych, z drugiej strony, odmowa leczenia może stanowić działanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, w szczególności w takiej sytuacji, gdy lekarz podejmie nieodpowiednią decyzję na skutek błędnej diagnozy. Wówczas możemy mówić o diagnozie, która opóźniła właściwe leczenie przyczyniając się do rozwoju choroby².

Podsumowując: dla powstania odpowiedzialności za wystąpienie zdarzenia medycznego drugorzędne znaczenie ma ustalenie osoby, która jest bezpośrednim sprawcą szkody. Odpowiedzialność ta jest bowiem odpowiedzialnością samego szpitala reprezentowanego przez kierownika placówki w relacjach z komisją orzekającą w sprawie wystąpienia zdarzenia medycznego. Jego odpowiedzialność będzie zatem wchodziła w grę zarówno w takim przypadku, gdy wadliwe postępowanie czy decyzja zostały podjęte przez lekarza, pielęgniarkę, położną, jak i przez każdy inny podmiot

udzielający świadczeń zdrowotnych na terenie placówki. Istotne jest, iż nie zostało doprecyzowane, czy ma to być osoba wykonująca zawód medyczny. Podobnie, jak nie została zróżnicowana sytuacja szpitala w zależności od tego, czy bezpośredni sprawca szkody jest pracownikiem podmiotu leczniczego czy też jest na tzw. kontrakcie².

Należy jednak przyjąć, że dla powstania odpowiedzialności za zdarzenie medyczne pomiędzy niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną postępowaniem a szkodą pacjenta polegającą na zakażeniu, uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia lub jego śmierci musi wystąpić związek przyczynowy².

Rozstrój zdrowia to takie oddziaływanie na organizm ludzki, które pociąga za sobą zakłócenie w funkcjonowaniu poszczególnych organów, bez ich widocznego uszkodzenia (np. zatrucie, nerwica, choroba psychiczna). Przemijający charakter zakłóceń w funkcjonowaniu organizmu nie wyłącza możliwości uznania, że zakłócenia te wywołały rozstrój zdrowia. W orzecznictwie Sądu Najwyższego pojęcie rozstroju zdrowia jest ujmowane szeroko. Uznać można, że nie tylko trwałe i powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu, ale także przemijające zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu polegające na znoszeniu cierpień psychicznych mogą usprawiedliwiać przyznanie zadośćuczynienia pieniężnego na podstawie przepisów kc⁵.

Długotrwałość cierpień i rodzaj skutków ma znaczenie, ale dla określenia wysokości zadośćuczynienia.

Złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego

Wniosek do Komisji może złożyć pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, a w przypadku śmierci pacjenta także jego spadkobiercy (wówczas do wniosku dołączyć należy postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku oraz pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców, w przypadku złożenia wniosku przez co najmniej jednego z nich).

Złożenie wniosku podlega opłacie w wysokości 200 zł na poczet kosztów postępowania.

Wniosek można złożyć w ciągu 1 roku od dnia, w którym pacjent dowiedział się o powstaniu szkody (zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia) bądź od dnia śmierci pacjenta. Termin złożenia wniosku nie może być jednak dłuższy niż 3 lata od dnia zdarzenia, które było powodem powstania szkody lub śmierci pacjenta.

Termin 3-letni ma tzw. bezwzględny charakter, po jego upływie nie można już skutecznie wystąpić z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego, co oczywiście nie powoduje zamknięcia drogi postępowania przed sądem cywilnym. Nie ma przeszkód prawnych, aby pacjent uzyskał odszkodowanie i zadośćuczynienie na drodze postępowania cywilnego, gdy nie upłynął jeszcze termin 3 lat od dnia, gdy dowiedział się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia (art. 442¹ §3 k.c.)³.

Uprawnienie to nie będzie już przysługiwało spadkobiercy, który jednocześnie nie spełnia dyspozycji art. 446 k.c. Innymi słowy spadkobierca pacjenta, który nie należy jednocześnie do kategorii najbliższych członków rodziny zmarłego pacjenta, nie będzie mógł dochodzić zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na drodze cywilnej³.

Złożenie wniosku wiąże się z podpisaniem oświadczenia, że w związku z tym samym zdarzeniem:

- nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny,
- nie toczy się postępowanie karne w sprawie o przestępstwo,
- prawomocnie nie osądzono sprawy o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne,
- nie toczy się postępowanie cywilne w sprawie odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne.

Komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

Komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w swoich kompetencjach mają za zadanie tylko ustalenie czy zdarzenie medyczne zaistniało czy też nie. Wydają w tej sprawie orzeczenie wraz z uzasadnieniem.

W toku postępowania komisje mogą wezwać do złożenia wyjaśnień uczestników tego postępowania, osoby, które mogą posiadać wiedzę w danej sprawie i są wskazane we wniosku. Mogą żądać dokumentacji szpitalnej, dokonać wizytacji urządzeń i pomieszczeń w szpitalu, a także zasięgać opinii biegłych.

Komisja składa się z 16 członków. Połowę stanowią specjaliści z obszaru medycyny, drugą połowę stanowią eksperci z dziedziny prawa. 14 członków powołuje wojewoda, 1 członka powołuje Minister Zdrowia i 1 członka – Rzecznik Praw Pacjenta. Komisje orzekają w składzie 4-osobowym, który powołuje przewodniczący wojewódzkiej komisji wg kolejności wpływu wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego.

Członkowie komisji mają obowiązek zachowania tajemnicy uzyskanych informacji dotyczących pacjenta, również po ustaniu członkostwa w komisji.

Komisje działają na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a w sprawach nieuregulowanych stosowane są przepisy kodeksu postępowania cywilnego. O odszkodowanie i zadośćuczynienie mogą się starać pacjenci, u których doszło do zdarzenia medycznego wyłącznie w szpitalach w rozumieniu nowo uchwalonych przepisów o działalności leczniczej.

Skład wojewódzkiej komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w Łodzi:

- Marcin Brzozowski, przedstawiciel Ministra Zdrowia,
- Ewa Kacprzak, przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta,
- Beata Zwolińska, przedstawiciel samorządu zawodowego lekarzy,

- Lesław Jacek Pypec, przedstawiciel samorządu zawodowego lekarzy,
- Anna Grudzińska, przedstawiciel samorządu zawodowego pielęgniarów i położnych,
- Ewa Świątkowska, przedstawiciel samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych,
- Krystyna Kotkowska, przedstawiciel samorządu zawodowego adwokatury,
- Andrzej Pelc, przedstawiciel samorządu zawodowego adwokatury,
- Anna Dorman, przedstawiciel samorządu zawodowego radców prawnych,
- Urszula Wojciechowska, przedstawiciel samorządu zawodowego radców prawnych,
- Elżbieta Kędzia-Kierkus, przedstawiciel organizacji społecznych działających na terenie województwa na rzecz pacjenta,
- Jolanta Bilińska, przedstawiciel organizacji społecznych działających na terenie województwa na rzecz pacjenta,
- Agnieszka Nowak, przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
- Joanna Dobrzyńska, przedstawiciel organizacji społecznych działających na terenie województwa na rzecz pacjenta,
- Małgorzata Serwach, przedstawiciel organizacji społecznych działających na terenie województwa na rzecz pacjenta,
- Jerzy Trzeciak, przedstawiciel organizacji społecznych działających na terenie województwa na rzecz pacjenta.

Postępowanie Komisji po wpłynięciu wniosku

Prawidłowo złożony wniosek, czyli kompletny i należycie opłacony, komisja przekazuje kierownikowi podmiotu leczniczego i ubezpieczycielowi dotyczących zdarzenia. W ciągu 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami przedstawiają swoje stanowisko. Brak stanowiska jest równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.

Komisja wydaje orzeczenie w sprawie zdarzenia medycznego nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia kompletnego wniosku. W terminie 7 dni po wydaniu orzeczenia komisja sporządza uzasadnienie. W terminie 14 po otrzymaniu orzeczenia wraz z uzasadnieniem, każda ze stron ma prawo do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. W ciągu 30 dni od daty jego złożenia, komisja rozpatruje taki wniosek. Po naradzie wydaje w formie pisemnej orzeczenie o zdarzeniu medycznym, albo jego braku wraz z uzasadnieniem.

Wysokość odszkodowania⁶

Osoba składająca wniosek wskazuje we wniosku propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia. W przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia kwota obejmująca

wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia nie może być wyższa niż 100 tysięcy zł, zaś w przypadku śmierci maksymalna kwota nie może przekroczyć 300 tysięcy zł. Odszkodowanie wypłacane jest przez ubezpieczyciela szpitala. Pacjent ma prawo nie zgodzić się na zaproponowaną sumę przez ubezpieczyciela wówczas w ciągu 7 dni może odmówić przyjęcia przedstawionej przez ubezpieczyciela propozycji. Z uwagi na fakt braku możliwości odwołania się od decyzji ubezpieczyciela o wysokość odszkodowania, ubieganie się o wyższe kwoty wymaga wejścia na drogę sądową. Składając pozew do sądu należy pamiętać, że praktycznie sprawa zaczyna się od początku, bo sąd nie weźmie pod uwagę orzeczenia komisji jako własnego i przeprowadzi niezależne postępowanie. Poszkodowany lub jego rodzina będą musieli udowodnić przed sądem, że po pierwsze, zdarzenie miało miejsce, po drugie, że odszkodowanie, o które walczy jest konsekwencją tego zdarzenia. Sąd w przeciwieństwie do komisji, zajmie się nie tylko oceną zaistnienia i ustaleniem jego przebiegu, ale zasądzi również odszkodowanie i zadośćuczynienie².

Składanie wniosku wraz z dokumentacją medyczną

Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi
Wydział Prawny, Nadzoru i Kontroli
Wojewódzka Komisja do Spraw
Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Łodzi
ul. Piotrkowska 104.
Wniosek dotyczący zdarzenia medycznego złożony niekompletny lub nienależycie opłacony będzie zwracany podmiotowi składającemu bez rozpatrzenia.
Kontakt e-mail: kozm@lodz.uw.gov.pl, tel: 42 664 13 46

Do zdarzeń medycznych może dojść w każdym momencie pobytu pacjenta w szpitalu. Pacjenci są coraz bardziej świadomi swoich praw, potrafią zaobserwować i zanalizować niewłaściwe postępowanie personelu medycznego. Dotyczy to także osób wykonujących inne zawody medyczne. W konsekwencji coraz częściej pacjenci składają wnioski do sądu o odszkodowania nie z powodu niezadowolenia z usługi, ale za konkretne błędy i zakażenia szpitalne. Od tego roku mogą wystąpić na ścieżkę dużo krótszą niż postępowanie sądowe składając wniosek do komisji wojewódzkiej ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Dobrze udokumentowane okoliczności, przesłuchanie świadków, zbadanie możliwości organizacyjnych placówki, pozwalają na ustalenie czy doszło do zdarzenia medycznego.

Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za każde swoje postępowanie zarówno podczas samodzielnych czynności, jak i zleconych przez lekarza. Jeśli pielęgniarka wykona czynności wykraczające poza jej kompetencje, nawet na zlecenie lekarza, gdy dojdzie do zdarzenia medycznego obydwójce ponoszą za to odpowiedzialność.

Błędy pielęgniarskie można skategoryzować na błędy leżące po stronie pielęgniarki i organizacyjne – leżące po stronie placówki medycznej.

Do błędów pielęgniarek należą najczęściej:

- niepoprawne wykonanie zleceń diagnostyczno-terapeutycznych związanych z podaniem leku np. nieprawidłowej dawki, podanie innego leku niż zleconego,
- podanie leku bez zlecenia lekarskiego,
- niestaranne wykonywanie czynności i zabiegów pielęgnacyjnych, np. doprowadzenie do tworzenia się odleżyn,
- nieprzestrzeganie procedur, szerzenie zakażeń wewnątrzoddziałowych,
- niedostosowanie personelu do liczby i potrzeb pacjentów.

Popołnianie błędów jest w naturze człowieka. Sytuacje, w których dochodzi do tragicznych pomyłek najczęściej wynikają z nonszalancji, niepoprawnej pewności siebie i rutyny. Czasem kilka sekund zastanowienia może uchronić pacjenta przed kolejnymi problemami ze zdrowiem, a nawet przed utratą życia z powodu pomyłki pielęgniarki.

Zawody medyczne charakteryzują się szczególną odpowiedzialnością za swoje działania.

Zawód pielęgniarki jest zawodem zaufania publicznego. Wymaga szczególnej staranności, dokładności i myślenia przed podjęciem decyzji. Praca, w której ponosi się odpowiedzialność za życie innego człowieka – pacjenta, którym może być każdy z nas.

Literatura:

1. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U.z dnia 2 czerwca 2011 r.).
2. „Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne” dr Małgorzata Serwach UŁ Katedra Prawa Cywilnego, UM Katedra Polityki Ochrony Zdrowia.
3. „Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych” dr Małgorzata Serwach UŁ Katedra Prawa Cywilnego, UM Katedra Polityki Ochrony Zdrowia.
4. Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Błąd medyczny”, Warszawa, 5–6 marca 2008 r. „Błąd sztuki lekarskiej a błąd lekarski (medyczny) – uwagi terminologiczne” dr n. prawn. Kinga Bączyk-Rozwadowska.
5. Ogólnopolski Portal Informacji Medycznej.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz. U. poz. 207).

mgr Agnieszka Nowak
ICZMP Łódź

Członek Wojewódzkiej Komisji ds.
Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Łodzi



Rak piersi a limfadenektomia

mgr IZABELA PIECHOTA

W każdej chorobie, a szczególnie nowotworowej najważniejsza jest profilaktyka i wczesne rozpoznanie choroby. Pamiętajmy więc o samokontroli piersi, bo kto jak nie my same kobiety swoje piersi znamy najbardziej!

Jestem pielęgniarką pracującą na Oddziale Chirurgii Onkologicznej i każdego dnia spotykam się z kobietami, które podejmują walkę z chorobą, jaką jest rak gruczołu piersiowego, który stanowi światowy problem zdrowotny kobiet w każdym wieku. Od początku lat 60. w naszym kraju obserwuje się rosnącą umieralność na ten nowotwór. Występuje on najczęściej u kobiet po 50. roku życia. Etiopatogeneza raka piersi jest bardzo złożona i zależy od uwarunkowań genetycznych, środowiskowych i hormonalnych. Najważniejszym działaniem ukierunkowanym na walkę z tą chorobą jest prewencja wtórna, realizowana głównie poprzez mammograficzne badanie przesiewowe.

Typowymi objawami raka piersi są:

- pojawienie się guzka lub stwardnienia w piersi niewyraźnie odgraniczonego od tkanek otaczających,
- zniekształcenie w obrębie brodawki piersiowej (wciągnięcie lub zmiana kierunku),
- wyciek krwisty lub surowiczy z brodawki,
- owrzodzenie brodawki lub nietypowe łuszczenie się skóry w tym miejscu,
- zmiana wielkości lub kształtu jednej z piersi,
- samoistne „zaciągnięcie” skóry sutka,
- zmiana koloru skóry tzw. objaw „skórki pomarańczowej”,
- zaczerwienienie skóry, obrzęk i zwiększone ucieplenie (rak zapalny),
- powiększenie węzłów chłonnych.



fot. 1. Pacjentka po limfoscyntygrafii w dniu poprzedzającym zabieg i podaniu znacznika



fot. 2. Ta sama kobieta po amputacji piersi połączona z biopsją węzła wartowniczego

Należy pamiętać, że rak piersi może dotyczyć każdej z nas, a w początkowym okresie choroby nie daje on żadnych objawów, dlatego wszystkie kobiety po 20. roku życia powinny przynajmniej raz w miesiącu same badać pierś i oglądać je przed lustrem. W przypadku zauważenia zmian w piersi należy zgłosić się do lekarza specjalisty posiadającego doświadczenie w celu przeprowadzenia dalszych badań mających na celu potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu.

Metody leczenia chirurgicznego rozwijały się i zmieniały na przestrzeni wielu lat ze względu na ciągle zmieniające się hipotezy dotyczące powstawania, rozwoju raka sutka i pragnienia wielu pacjentek do zachowania piersi. Postępujący rozwój medycyny w leczeniu raka piersi, którego największym przełomem były lata 60-70. dowiodły, że rak sutka jest chorobą ogólną całego organizmu i nawet we wczesnych jego stadiach należy brać pod uwagę istnienie niewykrywalnych mikroprzerzutów, co ma ogromny wpływ na przeżycia odległe chorych. Na tej podstawie zbudowano stabilny fundament w walce z tą chorobą mówiący o tym, że rak piersi jest chorobą ogólnoustrojową, a uzyskanie miejscowego i regionalnego wyleczenia gwarantuje całkowity powrót do zdrowia.

Nie mniej jednak zabiegi chirurgiczne wysuwają się na pierwszy plan i stanowią one podstawę leczenia raka piersi. Zaplanowana właściwie strategia chirurgiczna, jako zasadnicza metoda leczenia przyczynia się znacznie do poprawy efektów terapeutycznych. Stan regionalnych węzłów chłonnych u tych chorych jest jednym z najważniejszych czynników rokowniczych, a stwierdzenie w nich przerzutów znacznie pogarsza jakość życia i rokowanie.

Bardzo dużym problemem i szeroko dyskutowanym jest moment podjęcia działań diagnostycznych prowadzący do wykrycia i usunięcia przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych pachy. Obecnie uważa się, że właściwym postępowaniem pozwalającym na podjęcie decyzji o wycięciu regionalnych węzłów chłonnych jest biopsja węzła wartowniczego. Jest ona podstawową metodą weryfikacji stanu węzłów chłonnych pozwalającą na uniknięcie powikłań jakie niesie za sobą limfadenektomia, która jest przyczyną obrzęku limfatycznego.

Kobiety z obrzękiem w porównaniu z osobami bez tego powikłania mają niestety bardziej zmieniony obraz własnego ciała, częściej zgłaszają dolegliwości ze strony kończyny górnej i operowanej piersi, częściej występują u nich objawy niepożądane leczenia, gorsze jest funkcjonowanie seksualne oraz niżej oceniają swoje perspektywy życiowe. Każdej kobiecie z chorobą nowotworową piersi towarzyszą silne negatywne reakcje emocjonalne, utrata poczucia atrakcyjności, seksualności, dochodzi do zaburzeń w relacjach partnerskich, długo nie mogą odzyskać pełnej równowagi fizycznej i psychicznej. Dlatego wszystkim kobietom z rozpoznaniem rakiem sutka należy zaproponować jak najmniej inwazyjne leczenie,

które będzie tak samo wpływało na przeżycia odległe, a będzie obciążone znacznie mniejszymi powikłaniami. Taką właśnie metodą jest biopsja węzła wartowniczego. Wprowadzenie tej procedury jest bardzo uzasadnione, ponieważ chroni kobiety przed obrzękiem limfatycznym kończyny górnej, co wiąże się z gorszą jakością życia po leczeniu raka piersi. Jest to nowa procedura diagnostyczna pozwalająca wiarygodnie ocenić stan regionalnych węzłów chłonnych pachy.

Węzeł wartowniczy to miejsce będące pierwszym węzłem, przez które przepływa chłonka z ogniska pierwotnego w wyniku czego jest on punktem, w którym prawdopodobieństwo występowania przerzutu nowotworowego jest największe. Zatem jeżeli nie stwierdza się komórek nowotworowych w tym węźle to nie powinno ich być również w pozostałych węzłach pachy. Dlatego u kobiet, u których nie wykryto przerzutów w węźle wartowniczym nie podejmuje się dalszej ingerencji chirurgicznej na obszarze węzłów chłonnych pachowych oraz odstępuje się od napromieniowania tej okolicy.

Biopsja węzła wartowniczego ma zastosowanie jeżeli:

- rozpoznano raka piersi,
- gdy stwierdza się klinicznie niewyczuwalne węzły chłonne pachy (cech NO),
- wymiary guza nie przekraczają 3 cm,
- chirurg posiada odpowiednie doświadczenie,
- wykonywana jest w ośrodkach, w których istnieje możliwość współpracy chirurga, patomorfologa i specjalisty w zakresie medycyny nuklearnej.

Biopsję węzła wartowniczego u chorych na raka piersi można przeprowadzić jednocześnie z usunięciem guza pierwotnego lub dopiero po w drugim etapie, po jego wycięciu. Jest ona procedurą złożoną, ponieważ w skład jej wchodzi limfoscyntygrafia przedoperacyjna, śródoperacyjny pomiar promieniowania z zastosowaniem ręcznego detektora promieniowania oraz śródoperacyjne barwienie dróg i węzłów chłonnych. Przy zastosowaniu tych metod identyfikacja wartownika jest bardzo wiarygodna, dlatego u chorych na raka piersi, aby uniknąć wyników fałszywie ujemnych, oraz dokładnie typować węzeł „wartownik” spośród kilku wybarwionych stosuje się jednocześnie oba znaczniki. Węzeł ten może, ale nie musi być pojedynczy, zwykle jest ich od jednego do trzech sztuk. Technika izotopowo-barwnikowa została uznana w Polsce za technikę standardową.

W dniu poprzedzający zabieg podaje się znacznik radioaktywny i wykonuje się limfoscyntyografię. Do przeprowadzenia badania potrzebna jest kamera scyntylicyjna o dużym polu widzenia. Znacznik można podawać śródskórnym, podskórnym nad guzem lub przyotoczowo na linii łączącej guz pierwotny ze szczytem brodawki. Można podać również śródmiąższowo przy guzie lub bezpośrednio do guza. Natomiast u chorych, u których ognisko pierwotne było wcześniej usunięte, część barwni-

ka podaje się przyotoczowo, a drugą połowę w okolicę, gdzie zmiana była wycięta. Radioaktywny znacznik drogą naczyń chłonnych transportowany jest do pierwszego węzła chłonnego, gdzie jest kumulowany. Poziom promieniowania w tym węźle jest znacznie wyższy niż w tkankach otaczających. Położenie „wartownika” określa się za pomocą gammakamery, a następnie zaznacza się rzut węzła wartowniczego na skórze za pomocą markera. Po upływie doby od limfoscyntygrafii na 15 minut przed zabiegiem podaje się barwnik błękitu w ten sam sposób jak przy znaczniku izotopowym, a następnie wykonuje się masaż tkanek przez około 1 minutę. Niebieski barwnik ułatwia wzrokową identyfikację węzła wartowniczego. Po podłączeniu ręcznego detektora dokonuje się przezskórnego pomiaru aktywności promieniowania i w miejscu największego wychwytu wykonuje się cięcie chirurgiczne. Za węzeł wartowniczy uznaje się węzeł chłonny wybarwiony na niebiesko i którego poziom promieniowania jest co najmniej trzykrotnie wyższy od tkanek otaczających. Jeżeli na wybarwionej drodze chłonnej operator stwierdza występowanie podejrzanych klinicznie węzłów chłonnych, należy je również pobrać do badania, ale opisuje się je jako „węzły towarzyszące”. Następnie dokonuje się palpacyjnej oceny łoży i jeżeli stwierdza się obecność powiększonych węzłów również pobiera się je do badania histopatologicznego, opisując je pod nazwą „palpacyjne węzły wartownicze”. Po wypreparowaniu węzłów wartowniczych wykonuje się typową amputację sposobem Maddena lub zabieg oszczędzający, a w przypadku zabiegu dwuetapowego biopsję węzła kończy się wykonując hemostazę, płukanie rany, zakłada się dren, szwy i opatrunek.

Zaletą zastosowania biopsji węzła wartowniczego jest:

- zmniejszenie do minimum powikłań, jakie niesła za sobą limfadenektomia,
 - mniejsza blizna,
 - sporadycznie pojawiają się zaburzenia czucia, mrowienia w obrębie skóry dołu pachowego,
 - okres rekonwalescencji jest znacznie krótszy,
 - ból po zabiegu jest o mniejszym nasileniu i krócej się utrzymuje,
 - w obrębie obręczy barkowej zachowana jest większa ruchomość,
 - kobiety szybciej wracają do pełnej sprawności, jaką posiadały w okresie przedoperacyjnym.
- Od biopsji węzła należy odstąpić w następujących przypadkach:
- przy wcześniejszym zastosowaniu chemioterapii, hormonoterapii,
 - jeżeli wcześniej pierś była naświetlana,
 - w zmianach wieloogniskowych,
 - jeżeli w badaniu palpacyjnym stwierdza się powiększone węzły chłonne, nieruchome względem podłoża.

Wadą tej metody diagnostycznej jest fakt, że nie we wszystkich placówkach jest ona dostępna. Dlatego każdą kobietę spełniającą warunki do zastosowania biopsji węzła wartowniczego należy poinformować o takiej możliwości i pokierować do ośrodka, który dysponuje możliwościami wykonania tego zabiegu. Odstąpienie od limfadenektomii pachowej w oparciu o ujemne wyniki węzła wartowniczego wpływają tak samo na przeżycia odległe, jak przy zastosowaniu rozległego usunięcia węzłów chłonnych dołu pachowego. Metoda ta jest mniej okaleczająca, a efekty leczenia są porównywalne. Tak więc głównym celem biopsji węzła wartowniczego u chorych na raka sutka z cechą NO jest możliwość odstąpienia od limfadenektomii. Rozpoczęta wczesna rehabilitacja szpitalna prowadzona już od dnia zabiegu ma za zadanie zapobieganie wyżej wymienionym powikłaniom jak również przygotowuje do podjęcia codziennej aktywności życiowej, profilaktyki przeciwobrzękowej i obejmuje nauczanie pacjentki wykonywania ćwiczeń fizycznych. Natomiast późna rehabilitacja jest kontynuacją wczesnej i zawiera ona elementy usprawniania barku, zapobiegania wadliwej postawy, działania przeciwoobrzękowe oraz udzielanie wsparcia psychicznego. Systematyczne ćwiczenia ruchowe wpływają na poprawę sprawności fizycznej, a pomoc psychologiczna i grupy wsparcia pozwalają odzyskać poczucie pewności, ponowną akceptację własnej osoby i uzyskanie pełnej równowagi psychicznej.

Literatura:

1. Jassema J., Krzakowskiego M. (red): *Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy*, Gdańsk, Viva Medica, 2009.
2. Jeziorski A., Szawłowski E., Towpik E.: *Chirurgia onkologiczna*.
3. Jeziorski A., Pluta P.: *Leczenie chirurgiczne przerzutów do węzłów chłonnych. Limfadenektomia pachowa*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2009.
4. Jeziorski J., Szawłowski A., Towpik E. (red): *Chirurgia onkologiczna*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2009.
5. Nejc D.: *Biopsja węzła wartowniczego u chorych na czerniaka skóry i u chorych na raka piersi*. Łódź, Klinika Chirurgii Onkologicznej Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, 2008.
6. Stańczyk M., Dziekiewicz M., Maruszyński M., Olaszewski W.: *Rola biopsji węzła wartowniczego w leczeniu raka sutka*. źródło: Pol. Merkuriusz Lek. 2005: 19.

mgr Izabela Piechota
WSS im M. Kopernika w Łodzi
Oddział Chirurgii Onkologicznej



DUŻO WIESZ... PODZIEL SIĘ Z INNYMI, czyli pielęgniarka – edukator kontra rak piersi

mgr JOANNA ZIELEWSKA

„Mimozami jesień się zaczyna...”, a wraz z nią zaczął się kolejny październik, od lat uznawany za miesiąc walki z rakiem piersi. Z tej okazji, pragnę podzielić się z czytelnikami Biuletynu doświadczeniami, zbranymi przez rok mojej współpracy z Łódzką Fundacją Kocham Życie, w której pełnię funkcję pielęgniarki edukatora. Fundacja powstała rok temu, założyły ją kobiety, które wygrały walkę z rakiem piersi. Wśród licznych akcji organizowanych przez Fundację na uwagę zasługuje akcja edukacyjna, skierowana do młodzieży gimnazjalnej i licealnej pod hasłem „Jesteś młody, bądź zdrowy”, rozpoczęta we wrześniu ubiegłego roku, w której miałam przyjemność brać udział. Przygotowując się do zajęć, zastanawiałam się, czy młodzież zechce czynnie uczestniczyć w warsztatach, czy wszechobecne medium, jakim jest internet, oferujące odpowiedzi na wszystkie pytania jest w stanie zastąpić prelegenta z krwi i kości? Co takiego mogę im powiedzieć czego nie znajdą w sieci?

W słoneczny wrześniowy poranek, w jednym z łódzkich liceów przywitała mnie grupa młodych ludzi. Roześmiani, rozgadani, myślami pewnie jeszcze na wakacjach, z zaciekawieniem patrzyli na wielkie torby, które przyniosłam ze sobą. Były w nich ulotki informacyjne i co najważniejsze, fantomy do nauki samobadania piersi. Postanowiłam, że najważniejszą częścią zajęć będzie nauka badania palpacyjnego piersi na fantomach. Pierwsza lekcja miała odbyć się w klasie maturalnej o profilu informatycznym, w której większą część uczniów stanowili chłopcy. Jakież było moje zdziwienie, gdy pedagog szkolny zapytała, czy to nie będzie problemem, bo w końcu rak piersi to taki „kobiecy temat”. Uśmiechnęłam się, uświadamiając sobie, że przecież my pielęgniarki przez całe życie kroczyliśmy z kagankiem oświaty, pełniąc rolę edukatorów nie tylko biorąc udział w zorganizowanych akcjach. Zaczęłam więc dzień od wyedukowania pani pedagog. W czasie krót-

kiej rozmowy opowiedziałam o tym, jak ważną rolę pełnią mężczyźni w profilaktyce raka piersi. Ci młodzi chłopcy, siedzący w szkolnych ławkach mają niezwykłą siłę sprawczą, są „przypominaczami” dla swoich mam, sióstr, dziewczyn, przyjaciółek, żon w przyszłości, często to właśnie mężczyźni wykrywają dotykem zmiany w strukturze gruczołu sutkowego, a gdy bliska kobieta zachoruje na raka piersi, ten problem dotyka również ich bardzo boleśnie. Pani pedagog przyznała mi rację, że nie ma męskich i damskich tematów w profilaktyce zdrowotnej, ale na wszelki wypadek zostawiła swój



numer telefonu, w razie gdybym nie mogła zapanować nad klasą. Wreszcie dzwonek, zaczynam od kilku słów o sobie, o fundacji i pytania jak minął weekend, co wywołuje uśmiechy na twarzach, poza kilkoma osobami, które nie wykazują zainteresowania lekcją, nawet na mnie nie patrzą. Jestem przekonana, że wiedzą dużo na temat profilaktyki chorób nowotworowych, każdy z nich pewnie widział spoty reklamowe, pokazujące kobiety, które nigdy się nie zestarzeją (myślałam w pierwszej chwili, że to reklama nowego kremu likwidującego zmarszczki), ponieważ młodo umrą na raka. Chodzę

po klasie, patrzę im w oczy, zadaję pytania. Okazuje się, że młodzież ma pokaźne zasoby wiedzy. To dobrze, powtarzanie podstawą nauki, więc wspólnie powtarzamy najważniejsze informacje. Zależy mi bardzo na tym, aby ci młodzi ludzie prezentowali postawę otwartości, kiedy pojawi się poważny problem zdrowotny dotyczący ich lub innych osób z otoczenia. My wszyscy, kiedy znajdujemy się w sytuacji trudnej, prezentujemy różne style radzenia sobie z problemem. Część z nas preferuje styl zadaniowy, czyli bierzemy byka za rogi i rozwiązujemy problem, część z nas styl unikowy, uciekamy od problemu, licząc na to, że sam się rozwiąże. W życiu codziennym styl unikowy czasem zdaje egzamin, ale jeśli pojawiają się niepokojące objawy zdrowotne, jest on absolutnie nie do przyjęcia. Odsuwanie od siebie myśli o chorobie, odkładanie wizyty u lekarza na bliżej nieokreślony termin często powoduje, że maleją szanse na wyleczenie. Jestem zdania, że muszę o tym przypomnieć młodym ludziom, nawet jeśli słyszą to setny raz. Podaję przykłady z życia, opowiadam o osobach, które spotkałam na swojej drodze zawodowej i w życiu prywatnym, a które nie chciały sobie pomóc i stanowczo negowały wszystkie niepokojące zmiany w swoim organizmie. Kilku z nich już nie ma wśród nas... W klasie jest cicho, widzę zainteresowanie na twarzach, również tych uczniów, którzy na początku nie zwracali uwagi na moją osobę. Nie straszę, nie moralizuję, opowiadam o prawdziwych ludziach, prawdziwych wydarzeniach, wnioski powinni wyciągnąć sami. Jeszcze tylko kilka kluczowych zdań na temat samobadania piersi i czas na ćwiczenia praktyczne. Atmosfera w klasie ożywia się, uczniowie przyglądają się z zaciekawieniem silikonowym modelom gruczołów sutkowych. Wspólnie z prezesem fundacji, Marzeną Lewandowską demonstrujemy na modelach jak powinno wyglądać samobadanie, a następnie zapraszamy ochotników na środek, aby z naszą pomocą powtórzyli badanie. W tej klasie ochotnikami okazali się chłopcy. Zanim zaczęli badanie, oglądali ze wszystkich stron i dotykali silikonowe piersi, były oczywiście żarty i dowcipy. Rolą trenera w takim momencie jest umiejętnie poprowadzenie rozmowy, często odpowiedzenie żartem na żart, tak aby atmosfera zajęć stała się przyjazna i swobodna. Pierwsza grupa badających ma najtrudniejsze zadanie, ponieważ nie wiedzą w których miejscach ukryte są guzki. Muszą je wybadać dotykem, a następnie opisać słowami wykryte zmiany.

W większości przypadków pierwszemu ćwiczącemu badanie udaje się wykryć tylko większe zmiany, opisywane jako „orzech laskowy”, „średniej wielkości kamyk”. Tak właśnie było w przypadku chłopców, którzy zgłosili się sami, aby jako pierwsi nauczyć się badania. Wykonywali je zbyt delikatnie, co nie pozwoliło wykryć głębiej położonych guzków, które później opisywali jako „ziarenko grochu”, „ziarenko ryżu”. Część osób uczy się badania nie wychodząc na środek, siedząc w ławce, to my do nich podchodzimy, aby nie powodować stresu związanego z wystąpieniem przed resztą klasy. Część praktyczna zajęć jest dla mnie jako osoby prowadzącej największym wyzwaniem, najbardziej wyczerpującą, ale również najbardziej satysfakcjonującą i motywującą do dalszej pracy. Wiem, że muszę indywidualnie porozmawiać z każdym uczniem, jednocześnie nie „tracić z oczu” pozostałych i kontrolować to co dzieje się w klasie. Długo będę pamiętała tę pierwszą lekcję, uśmiechy młodych ludzi na pożegnanie, podziękowania i pytania zadawane „na ucho” podczas przerwy, zarówno przez dziewczęta, jak i przez chłopców.

W ciągu minionego roku wraz z koleżankami pielęgniarkami, lekarzami i członkiniami fundacji odwiedziłyśmy ponad 30 łódzkich szkół, około 3 tysięcy młodzieży wzięło udział w warsztatach. Głęboko wierzę w skuteczność naszych działań profilaktycznych, jestem przekonana, że możemy wpływać na świadomość zdrowotną dorastającej młodzieży, kreować prozdrowotne postawy, rozwiewać wątpliwości, wspierać emocjonalnie i dodawać odwagi. Jestem przekonana, że również dzięki naszym działaniom wśród polskich kobiet zmniejszy się liczba zachorowań na raka piersi, wzrośnie liczba wcześniej wykrytych nowotworów.

Drogie Koleżanki Pielęgniarki i Położne, Koledzy Pielęgniarze, jeśli w Waszym życiu pojawi się możliwość poprowadzenia warsztatów czy pogadanki edukacyjnej, śmiało podejmijcie to wyzwanie! Podzielcie się swoją wiedzą i doświadczeniem, wesprzyjcie organizację, które oczekują Waszej pomocy jako autorytetów medycznych, pomóżcie pacjentkom dotkniętym chorobą. Pamiętajcie o profilaktyce raka piersi nie tylko w październiku, edukujcie przez cały rok. Z całego serca życzę Wam sukcesów.

mgr Joanna Zielewska
USK nr 1 im. N. Barlickiego



Anoreksja

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Co roku po wakacjach do szkół wracają uczniowie, którzy podczas letniej kanikuly podjęli decyzję, by coś w sobie zmienić. Czasami jest to decyzja o odchudzeniu się. Jeśli owo chudnięcie wymknie się spod kontroli, może doprowadzić do jednego z najpoważniejszych zaburzeń odżywiania – *anorexia nervosa*. Termin ten w dosłownym tłumaczeniu oznacza „brak łaknienia” (ang. *brak, zaprzeczenie; orexis* – pożądanie, apetyt) lub awersję do spożywania pokarmów. Nazwa ta jednak jest myląca, gdyż osoby cierpiące na anoreksję nie tracą łaknienia, a jedynie nie zaspokajają (z różnych powodów) potrzeby głodu (Sheridan, Radmacher, 1998). Przypadki anoreksji znane były już w świecie starożytnym, kiedy to Rzymianki dla zachowania szczupłej sylwetki stosowały diety i wymioty, zaś w okresie średniowiecza – zgodnie z nakazami religijnymi, powszechne było zjawisko „świętego jadłowstrętu”. Mimo iż anoreksja jest zwyczajowo rozpoznawana przed osiągnięciem przez osobę dorosłości i z tego względu jest traktowana jako problem psychiczny wieku dziecięcego i młodzieńczego, trzeba pamiętać, że występuje też w wieku dorosłym (Kendall, 2004). Jak podaje Józefik, liczba dzieci w wieku 8–13 lat, u których diagnozuje się zaburzenia łaknienia w postaci klinicznej (głównie pod postacią jadłowstrętu psychicznego) oraz subklinicznej (typu: odżywianie się wybiórcze, zespół odmawiania przyjmowania pokarmów) w sposób systematyczny wzrasta (Józefik, 1999). Ryzyko wystąpienia tego zaburzenia jest szczególnie wysokie w grupie dziewcząt 14–18 letnich.

Początek anoreksji i rozwój choroby

Anoreksja jest zaburzeniem, które dotyka głównie dziewcząt (zaburzenie to występuje 8 do 11 razy częściej w tej grupie, niż u mężczyzn), będących członkami wyższych warstw społeczno-ekonomicznych. Rozwija się długo i często jest poprzedzona okresem intensywnego odchudzenia się. Jako przyczynę narzucenia sobie drakońskiej diety odchudzającej osoby chore podają: brak akceptacji swojego wyglądu, krytyczne uwagi otoczenia na temat rzeczywistej nadwagi, presję środowiska, przekonanie o korzystnym wpływie diety na zdrowie oraz towarzyszenie o podobnym zacięciu (wspólne podjęcie decyzji o „odchudzeniu się”) (Wiatrowska, 2009). Często zda-

„Prywatny świat anorektyków wypełniony jest niebezpiecznymi sekretami. Złość trzymana w tajemnicy. Skrywane poczucie winy. Tłumiona siła. Seksualność. Lęk. Dorastanie i dojrzewanie. Nienawiść do siebie. Wstręt do własnego ciała. Zwątpienie we własne możliwości.”

Sacker, Zimmer; Wolę umrzeć niż przytyć

rza się też, że przyczyną decyzji o odchudzeniu się jest napięcie innych trudności osobistych i stresorów wpływających negatywnie na samoocenę (Stirling, 2005). Następstwem podjętych przez osobę działań jest szybko postępująca utrata masy ciała, co z kolei mobilizuje najbliższe otoczenie do zmuszania osoby chorej do jedzenia. Tymczasem anorektyczka, która doświadczyła już smaku sukcesu- wszak przejęła całkowitą kontrolę nad jedzeniem i własnym ciałem – przeżywa poczucie siły wynikające z panowania nad rzeczywistością oraz poczucie wyższości nad innymi ludźmi. Narzucony sobie ostry reżim związany z jedzeniem (a raczej niejedzeniem) zapewnia jej poczucie bezpieczeństwa i jest gwarantem poczucia własnej wartości. Dlatego coraz trudniej jest jej samodzielnie podjąć decyzję o zmianie diety. Dramat osoby cierpiącej na anoreksję polega na tym, że sama uważa siebie za zdrową i permanentnie odrzuca wszelkie propozycje pomocy (Wiatrowska, 2009). Stąd konsekwencje choroby są niezwykle brzemienne; niektórzy chorzy umierają z powodu samobójstwa lub zagłodzenia się, a prognozy są tym gorsze, im dłużej trwa choroba i później się zaczęła (Stirling, 2005).

Cechy osobowości anorektyków

W literaturze przedmiotu można znaleźć informacje na temat specyficznych cech osobowości anorektyków. Na liście tej znajdują się: wysoki poziom lęku, niski poziom asertywności, niska samoocena (w wyniku

braku poczucia wewnętrznej kontroli, co jest typowe dla osób dorastających w rodzinach psychosomatycznych), wysoki poziom ambicji, któremu towarzyszą skłonności perfekcjonistyczne, trudności w nawiązywaniu relacji społecznych, wysoki poziom konformizmu, tendencja do unikania ryzyka i silne poczucie niepokoju w sytuacjach napięcia, tendencja do zachowywania dużego dystansu emocjonalnego oraz preferowanie rutyny (ustalony porządek i przewidywalne środowisko). Nie można jednak stwierdzić, czy wymienione cechy są odbiciem osobowości anorektyczki sprzed okresu choroby, czy też stanowią one efekt istniejącego obecnie psychicznego zaburzenia (Kendall, 2004; Wiatrowska, 2009).

Cechy kliniczne anoreksji

Do cech charakterystycznych dla anoreksji Stirling zalicza:

Przesadną (o cechach skrajnej) troskę o sylwetkę, wagę i szczupły wygląd przejawiającą się chorobliwym lękiem przed przybraniem na wadze.

Aktywne dążenie do obniżenia wagi ciała i utrzymanie jej na niskim poziomie za pomocą różnych sposobów, wśród których do najbardziej popularnych należą: dieta, prowokowanie wymiotów, lewatywa, przyjmowanie środków przeczyszczających i/lub nadmiar ćwiczeń fizycznych.

Brak miesiączki (amenorrhea) wywołany niską wagą ciała. Zanik miesiączki jest sygnałem poważ-

nych zaburzeń, do jakich doszło w gospodarce hormonalnej. Konsekwencją tych zaburzeń mogą być poważne dysfunkcje mięśni, w tym mięśnia sercowego, co może w efekcie doprowadzić nawet do śmierci (Stirling, 2005).

Typy anoreksji

Klinicyści wymieniają dwa typy zaburzeń anorektycznych. Są to: typ restrykcyjny – inaczej ograniczający (tutaj osoba chora nie doświadcza epizodu systematycznego objadania się ani nie stosuje intensywnych zabiegów oczyszczających) oraz typ żarłoczno-oczyszczający, gdzie stwierdza się okresowo występujące kompensacyjne zachowania bulimiczne (Kendall, 2004; Wiatrowska, 2009).

Teorie wyjaśniające powstanie zaburzenia

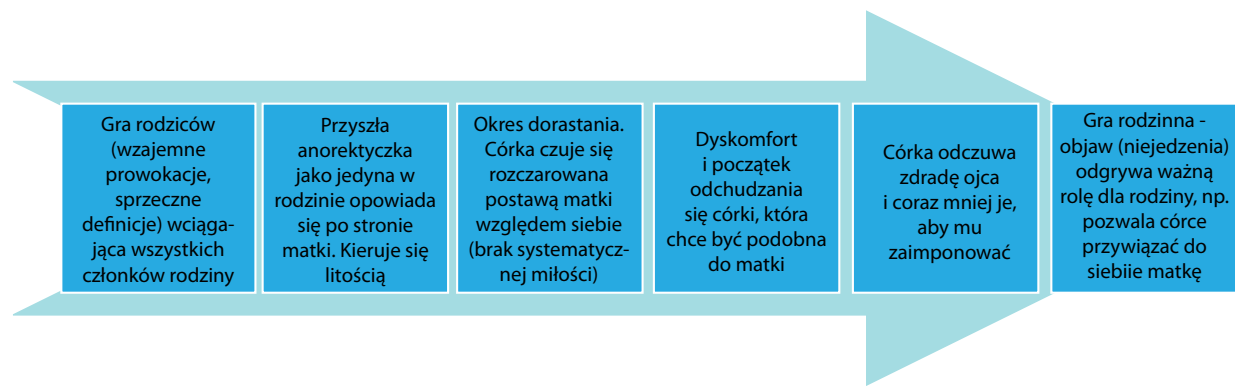
Obecnie przyjmuje się, że anoreksja jest wynikiem złożonej interakcji szeregu czynników o różnym pochodzeniu. Według Stirlinga rozwój anoreksji odzwierciedla interakcję czynników natury fizycznej, psychologicznej i społecznej. Warto też zauważyć, że z uwagi na małą liczbę badań poświęconych genezie zaburzeń odżywiania zasadne jest bardziej prowadzenie rozważań na temat czynników decydujących o podatności na te zaburzenia, niż o tych, które je bezpośrednio powodują. Wśród czynników podatności Stirling wymienia: podatność genetyczną (ryzyko anoreksji jest większe u dziewcząt, których rodziny mają rodzinną historię zaburzenia), dążenie do osiągnięcia nierealistycznych kobiecych kształtów (perspektywa feministyczna), zaburzenia obrazu ciała w połączeniu z zaangażowaniem się w walkę o kontrolę i poczucie tożsamości (perspektywa psychoanalityczna), ucieczkę od emocjonalnych problemów dorastania (ochrona przed wymogami stawianymi przez osiągnięcie dojrzałości płciowej). Jedną z bardziej popularnych teorii zakłada, że do anoreksji może doprowadzić lęk przed własną seksualnością – wówczas działania typowe dla anoreksji podjęte przez dziewczynę mają na celu powstrzymanie lub niedopuszczenie do pojawienia się zmian charakterystycznych dla okresu dojrzewania- tj pojawienia się miesiączki i powiększenia piersi (Sheridan, Radmacher, 1998) oraz specyficzne interakcje rodzinne, którym poświęcę nieco więcej miejsca poniżej.

Ciekawą koncepcję prezentuje Palazzoli, który przyjmuje, że do rozwoju anoreksji muszą zaistnieć dwie grupy czynników. Są to: aktywizacja zachodniego wzorca kulturowego (piękno i atrakcyjność utożsamiane ze szczupłą sylwetką ciała) oraz specyficzne funkcjonowanie rodziny, które można prześledzić na sześciostopowym modelu. Jedną z jego dwóch możliwych wersji, gdzie córka opowiada się po stronie matki, przedstawia ryc. 1.

„Rodzina” czy „chłopiec do bicia”?

Na specyficzne właściwości rodziny (tzw. psychosomatycznej), w której dochodzi do rozwoju anoreksji, zwraca





Ryc. 1. Sześciopięcioletnia droga od „gry rodziców” do anoreksji (źródło: op. własne na podst.: Namysłowska, 2000)

także uwagę Wiatrowska, która wymienia jej następujące cechy charakterystyczne:

1. Zatarcie granice wewnątrzrodzinne przy zachowaniu silnych tendencji dośrodkowych – zjawisko uwikłania, w którym członkowie rodziny odmawiają sobie prawa do odrębności i prywatności; sprzyja temu wysoki poziom lęku przed światem zewnętrznym, co w konsekwencji zostaje wpojone dziecku i utrudnia mu funkcjonowanie w relacjach społecznych poza rodziną pochodzenia brak koalicji w diadzie małżeńskiej. Małżonkowie są sobą gęsto rozczarowani, ale starają się zachować fasadę jedności, wykorzystując w tym celu dziecko, które jest włączane w rozwiązywanie konfliktów między dorosłymi.

2. Nadopiekuńczość, za pomocą której dziecko jest chronione przed „niebezpiecznym” światem; w ten sposób kształtuje się u niego poczucie bezradności, które w przyszłości wywoła problemy z usamodzielnieniem się.

3. Trudności w rozwiązywaniu konfliktów, a nawet tendencja do negowania istnienia jakichkolwiek problemów

4. Perfekcjonizm.

5. Częste funkcjonowanie członków rodziny w oparciu o mity i przekazy.

6. Sztwywność przejawiająca się w braku umiejętności dostosowania się do zmieniających się okoliczności i sytuacji.

7. Lęk przed zmianą (Wiatrowska, 2009).

Leczenie anoreksji

W leczeniu anoreksji zwraca się uwagę na konieczność zawarcia sojuszu z pacjentem, w ramach którego uczy się on właściwych wzorców odżywiania oraz technik radzenia sobie ze stresem głównie w warunkach pozaszpitalnych. To ostatnie zadanie jest obarczone stosunkowo dużą trudnością, szczególnie z powodu zaburzonych relacji rodzinnych (które mogły być przyczyną choroby bądź powstały wskutek borykania się systemu z chorobą). W takim systemie anorektyczka nie otrzymuje właściwego wsparcia ze strony najbliższych, którzy, przeciwnie, swoim zachowaniem mogą „zapraszać” ją do anorektycznych zachowań (w takim przypadku przyjmuje się w psychologii i psychoterapii, że objaw służy całej rodzinie). Z tego względu wskazane jest, aby w terapii uczestniczył cały

system, gdyż zgodnie z zasadą: „zmiana w jednej części systemu pociąga za sobą zmiany w pozostałych częściach systemu”, jeśli w trakcie terapii zmieni się zachowanie anorektyczki, zareagują na to wszyscy członkowie rodziny. Jednakże tylko udział w terapii może ich przygotować do właściwej reakcji. Jeśli więc w terapii będzie uczestniczyć jedynie osoba „chora”, zachowanie rodziny może uniemożliwić pacjentce powrót do zdrowia. Rezygnacja z objawu zmuszałaby bowiem rodzinę do znalezienia innego rozwiązania (lub np. kozła ofiarnego), do czego system nie jest przygotowany.

W terapii wykorzystuje się założenia podejścia psychoterapii indywidualnej, grupowej oraz poznawczo-behawioralnej.

Literatura:

1. Chuchra M.M., Drzazga K., Pawłowska B.: *Postawy rodzicielskie dziewcząt z anoreksją*, W: *Annales Universitatis M. Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, vol. LIX, 2004.
2. Józefik B.: *Rokowania w zaburzeniach odżywiania się*. W: Józefik B. (red.): *Anoreksja i bulimia psychiczna*, Kraków 1999.
3. Kendall P.C.: *Zaburzenia okresu dorastania i adolescencji. Mechanizmy zaburzeń i techniki terapeutyczne*. Gdańsk, GWP, 2004.
4. Namysłowska I.: *Terapia rodzin*. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000.
5. Sacker I.M., Zimmer M.A.: *Wolę umrzeć, niż przytyć. Jak zrozumieć i pokonać anoreksję i bulimię?* Poznań, Wyd. Media of Rodzina, 2008.
6. Sheridan Ch., Radmacher S.A.: *Psychologia zdrowia. Wyżwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia, 1998.
7. Sitnik K., Szczyrba-Maróń B.: *Świat jako system – o systemowym spojrzeniu na człowieka*. W: Trzcińska-Green A. (red.), *Psychologia*. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych. Kraków, Wyd. Universitas, 2006.
8. Stirling J.D., Hellewell J.: *Psychopatologia*. Gdańsk, GWP, 2005.
9. Wiatrowska A.: *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania*. Lublin, Wyd. UMCS, 2009.

Depresja jako współczesny problem kliniczny i społeczny

mgr MARTA GRZECZYŃSKA

Depresja (ang. *depression*) jest szeroko rozumianym pojęciem opisującym wiele różnych stanów emocjonalnych człowieka, począwszy od przygnębienia wpływającego w niewielkim stopniu na codzienne funkcjonowanie, po ostre zaburzenie depresyjne z towarzyszącym poczuciem beznadziejności, bezradności i rozpacz [1].

Depresja jest jednym z najpowszechniej występujących zaburzeń psychicznych. Dane epidemiologiczne oceniają, że rocznie cierpi na nią około 3 proc. ogólnej populacji. Według badań przeprowadzonych przez Uniwersytet Harvarda, WHO i Bank Światowy, obecnie choroba ta stanowi czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie [2, 3, 4]. Nie ma dokładnych danych mówiących o zachorowalności na depresję na terenie Polski. Szacuje się, że w Polsce na różnego rodzaju zaburzenia depresyjne choruje około 23 proc. pacjentów zgłaszających się do lekarza POZ [5].

Przyczyny depresji

Przyczyny depresji są bardzo złożone i różnorodne. Mogą wynikać z zaburzeń zarówno w sferze psychicznej, fizycznej czy społecznej człowieka. Na jej występowanie wpływają czynniki genetyczne, biochemiczne, psychospołeczne, środowiskowe.

Czynniki genetyczne:

Liczne badania wykazały, iż istnieje „rodzinna skłonność” do depresji. Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne udowodniło, że depresja występuje 1–3 razy częściej u osób, których rodzic lub rodzeństwo choruje na tę chorobę. Większe ryzyko zachorowania jest w sytuacji, kiedy oboje rodzice cierpią na depresję. W przypadku bliźniąt jednojajowych, jeśli jedno z nich zachoruje na

depresję, ryzyko rozwinięcia się choroby u drugiego wynosi 50–70 proc. Natomiast u bliźniąt dwujajowych ryzyko to wynosi od 25–33 proc. [1, 6].

Czynniki biochemiczne:

Istnieje hipoteza, mówiąca, że na wystąpienie depresji wpływa nieprawidłowe funkcjonowanie neuroprzekazników takich jak: serotoniny, noradrenaliny i dopaminy w mózgu człowieka. Są to cząsteczki chemiczne odpowie-

Liczne badania wykazały, iż istnieje „rodzinna skłonność” do depresji. Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne udowodniło, że depresja występuje 1–3 razy częściej u osób, których rodzic lub rodzeństwo choruje na tę chorobę.

dzialne za przenoszenie sygnałów pomiędzy komórkami nerwowymi, a co za tym idzie kontrolują one emocje i zachowanie. Liczne badania wykazują, że również kwas gammaaminomasłowy (GABA) bierze udział w patomechanizmie depresji. U chorych na depresję widoczny jest niedobór tych neuroprzekazników w porównaniu z osobami zdrowymi [1, 7].

Także zaburzenia w układzie endokrynologicznym poprzez wpływ na przemiany biochemiczne w mózgu są czynnikiem usposabiającym do wystąpienia depresji. Dotyczy to nierównowagi hormonalnej będącej następstwem niedoboru lub nadmiaru produkowanych przez ludzkie gruczoły dokrewne hormonów, głównie:

- hormonów tarczycy: trójiodotyroninę (T₃) i tyroksynę (T₄),
- kortyzolu, czyli tzw. hormonu stresu produkowanego przez korę nadnerczy,
- melatoniny syntetyzowanej w szyszynce i regulującej rytm okołodobowy m.in. snu i czuwania,
- czy hormonów płciowych: estrogenów u kobiet i testosteronu u mężczyzn [1, 8].

Czynniki psychologiczne i środowiskowe:

Istnieje cały szereg zdarzeń życiowych mogących przyczynić się do wystąpienia depresji. Silne negatywne przeżycia stresowe wywołane doznaniem dotkliwej straty w szerokim znaczeniu tego terminu (śmierć osoby bliskiej, separacja, rozwód, rozstanie, emigracja, opuszczenie), przejście na emeryturę, utrata pracy, kłopoty finansowe, zmiana miejsca zamieszkania, bezdomność, ubóstwo, niepełnosprawność, przewlekła choroba własna lub dotykająca bliską nam osobę, chroniczny ból, operacja, uzależnienie od alkoholu lub narkotyków, zaniedbywanie i złe traktowanie w okresie dzieciństwa, maltretowanie, mobbing, przemoc fizyczna i emocjonalna, udział w ka-

Przeżycie stresujących wydarzeń zwiększa ryzyko zachorowania na depresję, jednak nie jest jednoznaczne z jej wystąpieniem, gdyż na pojawienie się tej choroby wpływ ma wiele różnorodnych czynników bio-psycho-społecznych.

tastrofie, wypadku, kataklizmie, wojnie – ale i stresy pozytywne w postaci podjęcia nowej pracy, małżeństwa czy narodzin dziecka mogą zachwiać równowagę wewnętrzną człowieka. Przeżycie stresujących wydarzeń zwiększa zatem ryzyko zachorowania na depresję, jednak nie jest jednoznaczne z jej wystąpieniem, gdyż na pojawienie się tej choroby wpływ ma wiele różnorodnych czynników bio-psycho-społecznych [1, 2, 9].

Do podstawowych czynników środowiskowych predisponujących do wystąpienia depresji można zaliczyć niewłaściwe odżywianie, niedostateczną ekspozycję na światło słoneczne, kontakt z toksynami głównie metalami ciężkimi oraz chemikaliami stosowanymi w rolnictwie, przemyśle i gospodarstwach domowych, małą aktywność ruchową, „szybki”, stresujący styl życia i niewystarczający odpoczynek, zażywanie niektórych leków np. kortykosteroidów, doustnych środków antykoncepcyjnych, leków immunostymulujących, leków obniżających ciśnienie tętnicze krwi, przeciwnowotworowych czy hamujących łaknienie, a także środków uzależniających takich jak: alkohol, barbiturany, stymulanty, halucynogeny [2, 8, 10].

Obraz kliniczny

Obraz kliniczny w depresji jest różnorodny i w dużej mierze zależy od jej rodzaju. W objawach dominuje przede wszystkim obniżenie nastroju odczuwane przez chorych jako stan o różnym stopniu nasilenia poczynszy od przygnębienia, smutku, do głębokiej rozpaczki z poczuciem beznadziejności, rezygnacji. Niekiedy przyjmuje ona postać anhedonii, czyli całkowitej niezdolności do odczuwania przyjemności (intelektualnych, estetycznych, seksualnych, itd.) oraz utraty wcześniejszych zainteresowań lub postać zubożenia, czyli braku zdolności do odczuwania nie tylko radości, ale i smutku, co w efekcie prowadzi do utraty chęci życia, poczucia wewnętrznego wypalenia i pustki [11, 12].

Kolejnym objawem występującym w typowym obrazie depresji jest obniżenie napędu psychomotorycznego. Spowolnienie toku myślenia może przejawiać się powolniejszym formułowaniem myśli, osłabieniem procesów zapamiętywania i koncentracji uwagi, problemami w podejmowaniu decyzji i wyrażaniu własnego zdania, a w skrajnych sytuacjach poczuciem braku porozumienia z otaczającym światem. Spowolnienie ruchowe, a niekiedy całkowite zahamowanie zwane również osłupieniem depresyjnym w znacznym stopniu utrudnia lub uniemożliwia choremu wykonywanie przez niego obowiązków zawodowych, rodzinnych, a w cięższych postaciach choroby także czynności dnia codziennego takich jak wstanie z łóżka, umycie się, zjedzenie posiłku czy zaspokojenie podstawowych potrzeb fizjologicznych [12, 13, 14].

Inne objawy somatyczne obejmują zaburzenia wegetatywne w postaci licznych dolegliwości fizycznych takich jak bóle i zawroty głowy, bóle karku, pleców, klatki piersiowej, brzucha, uczucie napięcia mięśni, zaburzenia widzenia, duszność, uczucie kołatania serca, zaparcia lub biegunki, wzdęcia, wysychanie błon śluzowych jamy ustnej, częste oddawanie moczu, zaburzenia popędu seksualnego, zaburzenia miesiączkowania [15, 16].

Często występują również zaburzenia rytmów biologicznych, głównie rytmu czuwania. Wielu chorych uskarża się na trudności w zasypianiu, płytki sen i wielokrotne w ciągu nocy budzenie się, wczesne budzenie się rano czy przeciwnie nadmierne długi sen tzw. hypersomnie. Konsekwencją tych objawów jest chroniczne odczucie zmęczenia fizycznego [14].

Niekiedy z depresją współwystępują objawy lękowe. Charakterystyczną cechą lęku w tej jednostce chorobowej jest jego falujące nasilenie: od lekkiego lęku do silnego niepokoju ujawniającego się w sferze ruchowej w postaci podniecenia oraz lokalizacją w okolicy przedsercowej lub w nadbrzuszu. Chory na depresję może odczuwać szereg obaw np. że jemu lub jego rodzinie wydarzy się coś złego. Z powodu różnego rodzaju fobii i lęków zaczyna unikać określonych sytuacji, miejsc, osób, staje się drażliwy i nerwowy [13, 16].

Wraz z postępowaniem depresji chory coraz bardziej izoluje się od świata, unika towarzystwa innych ludzi, wycofuje z życia towarzyskiego [14].

W przebiegu głębokiej depresji u chorego mogą pojawić się objawy psychotyczne: urojenia winy, kary, zubożenia, hipochondryczne, nihilistyczne oraz omamy głównie słuchowe [16].

Również wygląd chorego na depresję ulega zmianie: mimika twarzy staje się przygaszona, uboga w emocje, najczęściej przybierając wyraz smutku i napięcia lub całkowicie amimiczna. Oczy mają wyraz smutku, powieki i kąciki ust są często opuszczone. Czasem na twarzy ukazuje się objaw zwany fałdą Veraguta – opadnięcie zewnętrznych części brwi przy jednoczesnym zmarszczeniu środkowej części czoła. Głos cichy, monotony (bez modulacji), tempo wypowiedzi spowolniałe [13]. Gestykulacja spowolniała i uboga. Sylwetka ciała jest pochylona do przodu. Część chorych uewnętrznia swój smutek poprzez lamentowanie, płacz czy wzdychanie [16].

Do głównych metod leczenia depresji należą [1, 7, 12, 17]:

1. Farmakoterapia:
 - leki przeciwdepresyjne – trój- i czteropierścieniowe, selektywne inhibitory wychwyty serotoniny, inhibitory monoaminooksydazy,
 - leki normotymiczne (stabilizatory nastroju) – sole litu, leki przeciwpadaczkowe: kwas walproinowy i jego sole, karbamazepina,
 - leki przeciwpsychotyczne (neuroleptyki) wykazujące działanie przeciwdepresyjne,
 - leki przeciwłękowe i nasenne (benzodiazepiny).
2. Terapia elektrowstrząsami.
3. Fototerapia – terapia światłem; stosowana głównie w leczeniu sezonowych zaburzeń nastroju.
4. Deprywacja snu – pozbawienie snu nocnego.
5. Rehabilitacja psychiatryczna (lecnicza, społeczna, zawodowa):
 - psychoterapia – indywidualna, grupowa, małżeńska, rodzinna,
 - terapia zajęciowa – terapia pracą (ergoterapia), terapia ruchem (kinezyterapia), terapia rozrywką,
 - trening umiejętności społecznych – np. trening rozwiązywania problemów w trudnych sytuacjach międzyludzkich, trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy, trening w zakresie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej, trening kulinarny, budżetowy, techniczny, trening umiejętności praktycznych i społecznych.
 - 6. Ziołolecznictwo – dziurawiec zwyczajny, melisa.
 - 7. Metody relaksujące: akupunktura, akupresura, aromaterapia, masaże, medytacja, joga, gimnastyka oddechowa, trening autogeniczny.
 - 8. Terapia żywieniowa – dieta bogata w węglowodany złożone i bogatobiałkowa, unikanie używek, suplemen-

tacja witamin z grupy B, witaminy C, cynku, seleniu, magnezu, kwasu foliowego.

9. Psychoedukacja indywidualna i/lub grupowa chorego i jego rodziny oraz poradnictwo w specjalistycznych poradniach.

10. Leczenie współwystępujących chorób somatycznych.

Ważną rolę w procesie terapeutycznym odgrywa czynny udział samego chorego w terapii oraz wsparcie i współuczestnictwo rodziny oraz bliskich chorego na depresję [3].

Współcześnie depresja stanowi ogromny problem zarówno medyczny jak i społeczny. Nie leczona może przy-

Niekiedy depresja przyjmuje postać anhedonii, czyli całkowitej niezdolności do odczuwania przyjemności oraz utraty wcześniejszych zainteresowań lub postać zubożenia, czyli braku zdolności do odczuwania nie tylko radości, ale i smutku.

czynić się do wystąpienia wielu negatywnych w skutkach następstw w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej i ekonomicznej człowieka prowadząc m.in. do wzrostu niepełnosprawności w populacji, ogólnego obniżenia jakości życia, czy zaostrzenia współistniejących chorób somatycznych. Niesie również ze sobą negatywne dla społeczeństwa skutki ekonomiczne w postaci: wysokich kosztów związanych z opieką medyczną (diagnostyką i leczeniem), w związku ze zmniejszoną aktywnością zawodową chorych (absencja pracownicza, spadek wydajności pracy, wypadki w czasie wykonywania obowiązków zawodowych, utrata pracy, przedwczesne przejścia na rentę chorobową), a także innych kosztów społecznych wynikających z zaburzeń w funkcjonowaniu rodziny, zmniejszonej produktywności, ryzykownych zachowań takich jak hazard, zaciąganie kredytów bez możliwości ich spłacenia, nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych u chorych. Zwiększają również ryzyko zgonu z powodu skutecznych prób samobójczych. Szacuje się, że 40–60 proc. samobójstw w krajach zachodnich spowodowanych jest depresją [18, 19, 20].

Jednak dzięki ciągle postępującemu rozwojowi psychiatrii wcześniej rozpoznana i dobrze prowadzona depresja może w 80 proc. przypadków zostać wyleczona za pomocą terapii farmakologicznej, pozostawiając jedynie u 20–35 proc. chorych lekką „śladową depresję” nie wpływającą na normalne funkcjonowanie pacjenta i wymagającą jedynie leczenia farmakologicznego [21, 22].

Literatura:

Francis-Cheung T., Grey R.: *Mężczyzna w depresji*. Wyd. Muza SA. Warszawa 2004; s. 24, 31–32, 40–42, 198–213.

Drózd W., Wojnar M., Araszkiwicz A., Nowacka-Pawłaczyk D., Urbański R., Ćwiklińska-Jurkowska M., Rybakowski J.: *Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce*. Wiadomości Lekarskie. LX 3–4, 2007; s. 109–113.

Meyer R.: *Psychopatologia – studia przypadków*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk 2002, s. 145, 156–157.

Kaszyński H., Cechnicki A.: *Polscy pracodawcy wobec zatrudnienia osób chorujących psychicznie*. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Psychiatria Polska, nr 1, 2011; s. 45–60.

Kramlinger K.: *Co radzi lekarz – depresja*. Świat Książki. Warszawa 2007; s. 18, 23, 34–36, 40, 44–47, 73.

Landowski J.: *Zespoły depresyjne*. Rozdział 9 w: *Psychiatria Repetytorium*. Pod red. Bilikiewicza A., Landowski J., Radziwiłłowicz P., Wyd. PZWL. Warszawa 2003; s. 88–89, 98.

Hammen C.: *Depresja – dla praktyków i pacjentów. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP. Gdańsk 2006; s. 17, 36–40, 50–58, 63–64, 98, 160–163.

Drózd W., Wojnar M., Araszkiwicz A., Nowacka-Pawłaczyk D., Urbański R., Ćwiklińska-Jurkowska M., Rybakowski J.: *Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce*. Wiadomości Lekarskie. LX 3–4, 2007; s. 109–113.

Edwards V.: *Depresja – jak ją rozpoznać, jak pokonać*. Klub dla Ciebie. Warszawa 2004; s. 19–20, 38–39, 43–48.

Krzyżowski J.: *Depresja*. Wyd. Medyk. Warszawa 2002; s. 42–49, 63, 69, 101.

Schachter M.B., Mitchell D.: *Czego nie dowiesz się o depresji od swojego lekarza*. Wyd. MADA. Warszawa 2008; s. 24–25.

Amen D.G., Routh L.C.: *Leczenie lęków i depresji*. Dom Wydawniczy Rebis. Poznań 2005; s. 7.

Pietrzak B.: „*Depressio* cz.1”. Biuletyn OIPiP w Łodzi. Nr 5, 2010; s. 23–26.

L o H., Gallarda T.: *Depresja*. Wyd. Książnica. Katowice 1999; s. 13–14, 17–19, 25.

Krupka-Matuszczyk I., Matuszczyk M.: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Wydanie I. Katowice 2007; s. 29, 47–49, 87–94.

Pużyński S.: *Depresje i zaburzenia afektywne*. Wyd. PZWL. Wydanie III. Warszawa 2009; s. 19–20, 28–35.

Figura G.: *Problemy pacjenta z depresją*. Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Nr 2, 2009; s. 24–25.

Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J.: *Psychiatria. Tom 1 – Podstawy psychiatrii*. Wyd. Urban & Partner. Wrocław 2002; s. 315–317, 424–425, 505–508, 511.

Jarema M.: *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*. Termedia Wydawnictwa Medyczne. Poznań 2007; s. 8, 17–23, 32, 60–66.

Carr A.: *Depresja i próby samobójcze wśród młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP. Gdańsk 2008; s. 9–11, 30–33.

Koszevska I., Habrat-Pragłowska E.: *O depresji, o manii, o nawracających zaburzeniach nastroju*. Wyd. PZWL. Warszawa 2003; s. 25–26, 39–40.

Jervis G.: *Depresja... w poszukiwaniu drogi wyjścia*. Księgarnia Świętego Wojciecha. Poznań 2005; s. 66–70.

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

KOMUNIKAT

Podmioty wykonujące działalność leczniczą pielęgniarek/położnych (indywidualną, indywidualną specjalistyczną, grupową praktykę pielęgniarek, położnych)

Zgodnie z art. 208 ust. 2 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654) proszę o niezwłoczne dostarczenie potwierdzenia zawarcia umowy polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC dla osób wykonujących działalność medyczną oraz nr NIP i REGON.

Na podstawie art. 107 ust. 1 ww. ustawy na podmiocie wykonującym działalność leczniczą ciąży obowiązek zgłoszenia wszelkich zmian dotyczących danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od ich powstania.

W związku z powyższym prosimy o dokonywanie stosownych zmian i dostarczenie dokumentów do OIPiP w Łodzi – dział rejestru pok. 310.

Istota traumy u dzieci i młodzieży

dr n. med. AGNIESZKA KOTARBA

Zdarzenie traumatyczne

Duża liczba dzieci doświadcza w toku rozwoju stresujących zdarzeń, zazwyczaj jednak zdarzenia te nie są uznawane za traumatyczne, ponieważ trauma stanowi odmienną jakość.

Zdarzenia traumatyczne wyróżniają się określonymi cechami:

- są nagłe lub nieoczekiwane,
- wywołują wstrząs,
- pociągają za sobą śmierć lub zagrożenie dla życia, zdrowia, integralności fizycznej i powodują subiektywne uczucie intensywnej trwogi, przerażenia, bezradności (APA, DSM, 2000).

Co istotne, przeżycie traumy może wynikać również z bycia świadkiem zdarzenia. Istnieje obszerna lista doświadczeń o takim charakterze ciągle weryfikowana i uzupełniana. Można tu wymienić następujące przykłady: maltretowanie, przemoc seksualną, przemoc domową/szkolną/w środowisku lokalnym, poważny wypadek komunikacyjny lub innego rodzaju, katastrofy naturalne lub związane z działalnością człowieka, choroby stanowiące potencjalne zagrożenie dla życia, nagłą śmierć rodzica, rodzeństwa lub rówieśnika oraz ekspozycję na wojnę, zamach lub przesiedlenie. Cohen, 2011, s. 3.

W każdym wieku przeżycie traumatyczne zostawia ślad w pamięci. Pierwszą pracę badającą wpływ przeżyć traumatycznych u dzieci do 3 roku życia zrealizowano w 1993 roku. U dzieci tych rozwinęły się objawy PTSD podobne do występujących u dzieci starszych i osób dorosłych. W 1997 roku Mac Lean opisał terapię 4-letniego chłopca po doznanym urazie psychicznym. Dąbkowska, 2002.

Reakcja dziecka na traumatyczne zdarzenie jest zależna od jego wieku i poziomu rozwojowego. Na przykład

wyduje się, że przypadku krótkotrwałych traum młodsze dzieci są bardziej zależne od reakcji rodziców na traumatyczne zdarzenie niż dzieci starsze. Jeśli rodzice dobrze sobie radzą w większości młodszych dzieci nie rozwijają się poważne czy długotrwałe objawy pourazowe.

Mimo to utrzymujące się traumy, które rozpoczynają się we wczesnym okresie życia, mogą bardziej dramatycznie zmienić jego bieg niż długotrwałe traumy, które mają swój początek później w okresie dojrzewania. To zróżnicowanie reakcji wśród dzieci wynika częściowo z ich indywidualnych sposobów: rozumienia traumatycznych zdarzeń, odnoszenia tych zdarzeń do siebie, radzenia sobie z psychologicznymi i fizjologicznymi objawami stresu oraz integracją tych zdarzeń z obrazem Ja. Cohen, 2011.

Specyfika PTSD u dzieci i młodzieży

Zespół Stresu Pourazowego (PTSD – ang. *post-traumatic stress disorder*) jest ściśle zdefiniowanym syndromem. Objawy PTSD obserwowane u dzieci mają swoją specyfikę wynikającą z prawidłowości danego okresu rozwojowego. Przykładowo, dzieci nie przeżywają przeszłości w sposób podobny jak dorośli, ale powracają do traumy poprzez treści i charakter zabaw. Koszmarne sny są bardziej zgeneralizowane i nie dotyczą samego traumatycznego zdarzenia, ale pojawiają się przerażające zmyślenia, potwory lub sytuacje zagrożenia, w których pomocy udzielają innym ludziom lub zwierzętom. Dzieci mogą również budzić się z lękiem i nie pamiętać treści snu. Dzieci wyrażają też obawy o przyszłość, mówiąc, że prawdopodobnie nigdy nie dorosną. I co bardzo charakterystyczne doświadczają licznych dolegliwości psychosomatycznych, które często maskują inne objawy. Jagieła, 2009.

Symptomy PTSD u dzieci i młodzieży

Objawy PTSD są różnorodne w zależności od wieku. U niemowląt do 6 miesiąca życia są to: pobudzenie, nadmierna odpowiedź na bodźce, drażliwość, zaburzenia fizjologiczne, wycofanie. W drugim półroczu życia można obserwować złość, unikanie pewnych sytuacji poprzez wzrost ruchliwości, zaburzenia snu. W trzecim półroczu można zauważyć reakcje dzieci na słowa związane z urazem, a w następnym etapie rozwojowym występują reakcje na symbole związane z urazem, lęki nocne. Werbalna zdolność do wyrażenia traumatycznego przeżycia zależy od tego, czy w momencie doświadczania urazu była już wykształcona zdolność mówienia. U dzieci powyżej 2 roku życia ujawniają się objawy charakterystyczne dla starszych dzieci, zawarte w klasyfikacji DSM IV. Dąbkowska, 2002.

Wśród głównych symptomów PTSD wymieniane są trzy kategorie:

- ponowne przeżywanie tragedii: koszmarne sny, budzenie się w środku nocy z płaczem, palpacją serca, dreszczami;
- unikanie: sytuacji, osób i obiektów przypominających wydarzenie w tym także miejsc związanych z negatywnym przeżyciem, co często jest zupełnie niezrozumiałe dla osób, które nie były jego uczestnikami;
- permanentne, nadmierne pobudzenie: rozdrażnienie; nagłe ataki złości, napady fizycznej agresji o sile nieadekwatnej do wywołującego ją bodźca, trudności z zasypaniem i koncentracją uwagi, nawet na krótkie chwile.

U starszych dzieci objawom tym mogą towarzyszyć dodatkowo: poczucie niskiej wartości i samooceny, trudności w relacjach interpersonalnych, a także uogólnione zaburzenia lękowe i stany depresyjne.

Objawy PTSD z grupy symptomów fizjologicznych to: przewlekłe i nieuzasadnione organicznie bóle narządowe, u dziewczynek także ginekologiczne; chroniczne zmęczenie, problemy z trawieniem, odżywianiem (w tym jadłowstręt psychiczny) oraz problemy z oddychaniem (w tym astma), bóle pleców, mięśni i kręgosłupa. Oszwa, 2003.

Typy urazów traumatycznych

Urazy doznawane w dzieciństwie dzielimy na dwie grupy. Typ pierwszy charakteryzuje się gwałtownością, ale krótkim okresem trwania. Natomiast typ drugi dotyczy urazów długotrwałych w następstwie powtarzających się przeżyć traumatycznych, których konsekwencją jest nagminne zaprzeczanie i odrętwienie psychiczne.

Urazy pierwszego typu pozostawiają głęboko wryte w pamięć bolesne wspomnienia, będące próbami oceny zdarzenia, racjonalizacji i chęci precyzyjnego umiejscowienia traumy w czasie. Pojawia się zdolność przywoływania szczegółów zdarzenia przy braku umiejętności nazywania emocji, jakie im towarzyszyły. Dzieci obojętnieją na ból, tracą empatię i nie są w stanie przyjąć trudnych uczuć

będących następstwem traumy. Unikają także bliskości i intymności psychicznej. Są skłonne opowiadać o tym na okrągło, ale jednocześnie wymazują z pamięci „istotne” fragmenty wydarzenia. Z braku możliwości poznawczych zrozumienia przyczyny, pojawia się poczucie winy i przypisywanie sobie odpowiedzialności. Dzieci często odtwarzają dramatyczną sytuację poprzez zabawy, do których wciągają rówieśników. Zabawy są wyraźnie obciążone dramatem, zawężone do określonej tematyki i pozbawione radości. Nastolatki mogą natomiast nieświadomie odtwarzać traumę poprzez zachowania destrukcyjne: wagarowanie, używanie narkotyków i picie alkoholu, podejmowanie ryzykownej aktywności seksualnej, brawurową jazdę samochodami czy motocyklami, kradzieże i napady lub zaopatrywanie się w broń.

Przy urazach drugiego typu następuje wypracowanie strategii przetrwania i radzenia sobie z długo trwającą traumą przez różnorodne mechanizmy obronne psychiki: zaprzeczanie, odrętwienie, tłumienie, stany dysocjacyjne i autoagresję. Wszystkie te problemy mają oczywisty wpływ na osiągnięcia szkolne ucznia. Istotne znaczenie ma również specyficzna i skomplikowana psychologicznie relacja między dzieckiem a sprawcą traumy, która w oczywisty sposób może prowadzić do zaburzeń tożsamości. Sytuacja dziecka jako ofiary bywa szczególnie trudna, gdyż dzieci czy nastolatki znajdują się w wyjątkowej zależności emocjonalnej od swoich rodziców (również prawnej) i jako takim bardzo trudno jest im zgłosić fakt przemocy.

Urazy pierwszego i drugiego typu najlepiej podsumowują pytania, jakie mogą pojawić się u dziecka. W pierwszym wypadku jest to pytanie: „Jak mogłem tego uniknąć?”, w drugim: „Co zrobić, aby tego ponownie uniknąć?” Jagieła, 2010.

Leczenie

Następstwa traumy można i trzeba leczyć. W programie terapeutycznym wyróżnia się:

- terapię indywidualną dziecka,
- terapię rodziny,
- psychoedukację,
- w niektórych przypadkach również farmakoterapię,
- treningi np. relaksacyjny, zastępowania agresji.

Program leczenia opracowywany jest indywidualnie dla każdego dziecka, z uwzględnieniem m.in.: wieku, zakresu objawów tolerancji i podatności dziecka na określone procedury terapeutyczne, przyczyn pojawienia się zaburzenia. Stąd dzieci nie zawsze „potrzebują” wszystkich modułów programu.

dr n. med. Agnieszka Kotarba
Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie UM w Łodzi

„Pielęgniowanie zdrowia rodziny – perspektywa europejska”

mgr ELŻBIETA ZDŻALIK

W dniu 2 lipca 2012 r. w Lublinie miała miejsce Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. „Pielęgniowanie zdrowia rodziny – perspektywa europejska”. Głównym organizatorem tego przedsięwzięcia była Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji (WSEI) w Lublinie, członkiem Komitetu Organizacyjnego – Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Program naukowy konferencji, bogaty pod względem merytorycznym, poruszał zagadnienia dotyczące:

- systemu kształcenia pielęgniarek i położnych rodzinnych,
- kompetencji i uprawnień pielęgniarki i położnej rodzinnej,
- regulacji prawnych pielęgniarstwa rodzinnego,
- współpracy w zespole: lekarz, pielęgniarka, położna w aspekcie opieki nad zdrowiem rodziny,
- organizacji i finansowania świadczeń z zakresu opieki nad zdrowiem rodziny,
- profilaktyki patologii społecznych (alkoholizmu, nikotynizmu oraz narkomani) jako zagrożeń dla zdrowia rodziny.

Zorganizowane sesje plenarne prowadzone były w języku polskim i angielskim. Prof. Mirosław Jarosz – Dziekan Wydziału Pedagogiki i Psychologii WSEI – powitał przybyłych na konferencję uczestników i gości: m.in.: przedstawiciele University of the West of Scotland, którzy w ramach projektu „Family Health Nursing in European Communities” zapoczątkowali działania mające na celu określenie nowej roli pielęgniarki zdrowia rodziny, przedstawiciele instytucji UE biorących udział w wyżej wymienionym Projekcie: Research Institute of the Red Cross w Austrii, Escola Superior de Enfermagem do Porto w Portugalii, Lucian Blaga University w Rumunii, University of Medicine and Pharmacy w Rumunii, College of Nursing Jesenice w Słowenii, University of Witten w Niemczech oraz gości z innych krajów, takich jak Białoruś, Ukraina czy Armenia.

Wśród prelegentów z Polski wystąpiła m.in. reprezentantka Departamentu Pielęgniarek

i Położnych Ministerstwa Zdrowia, która posumowała dotychczasową realizację projektu „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego”.

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – Grażyna Rogala-Pawelczyk – w wykładzie pt. „Pielęgniarka w opiece nad rodziną – historia i perspektywy” podkreśliła, że Światowa Organizacja Zdrowia promuje w Europie pielęgniarstwo rodzinne oparte na społeczności lokalnej, obejmujące opieką całą rodzinę. Zaznaczyła, że dobrze przygotowana pielęgniarka rodzinna staje się członkiem interdyscyplinarnego zespołu a jej zadania są kluczowe dla realizacji podstawowej opieki zdrowotnej.

Pacjenci coraz częściej korzystają z opieki zdrowotnej na terenie Unii Europejskiej (UE), jednak swobodzie uzyskania opieki zdrowotnej musi towarzyszyć gwarancja jakości i bezpieczeństwa. Dorota Kilańska – przedstawicielka Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego – zwróciła uwagę na kluczowe znaczenie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w opisie pracy pielęgniarki. ICNP® umożliwia interoperacyjność danych, która jest konieczna w transgranicznej opiece zdrowotnej. Ponadto stanowi jednolity język pielęgniarski w Europie, co ułatwia współpracę i podnosi jakość opieki.



Problemy organizacyjne, finansowe i prawne współpracy lekarza rodzinnego z pielęgniarką środowiskowo-rodziną poruszyła w swoim wykładzie Teresa Dobrzańska-Pielichowska – Prezes Lubelskiego Związku Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców.

Kolejne wykłady poświęcone były patologii społecznej w rodzinie. Monika Brucka-Stempkowska, reprezentująca Uniwersytet Medyczny w Łodzi, przedstawiła temat „Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania patologii w rodzinie”.

Renata Durda – kierownik Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska linia” – zwróciła uwagę w prezentacji „Przemoc domowa jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia” na nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie w 2010 r., która wprowadziła interdyscyplinarne podejście do problemu przemocy, co wiąże się zaangażowaniem i współpracą różnych podmiotów m.in. pracowników ochrony zdrowia.

Poza aktywnym udziałem w sesjach plenarnych organizatorzy zaproponowali uczestnikom sesję multimedialną,

na którą zostało zgłoszonych ponad 20 prezentacji multimedialnych. Prezentacje były wyświetlane w odrębnej sali, równoległe do sesji plenarnych.

Konferencja umożliwiła przedstawienie dotychczasowych działań na poziomie europejskim w zakresie pielęgnowania zdrowia rodziny. Wymiana informacji na temat funkcjonowania pielęgniarstwa rodzinnego daje szansę na zwiększenie współpracy na szczeblu międzynarodowym w celu ujednoczenia i podniesienia jakości opieki zdrowotnej.

W spotkaniu wzięły udział przedstawicielki Komisji Pielęgniarek Rodzinnych przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, które oceniły konferencję jako przydatną, zwróciły również uwagę na nowiny naukowe przedstawiane przez prelegentów na temat pielęgnowania zdrowia rodziny.

Elżbieta Zdzalik
mgr pielęgniarstwa
Uniwersytet Medyczny w Łodzi



Komisja ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej
zaprasza na szkolenie na temat:

CEWNIKOWANIE CHORYCH

Termin spotkania: listopad 2012 r., godz. 15.00–17.00

Wykład: lekarz urolog – OIPiP, ul. Piotrkowska 17

Staż: 6 godzin, Klinika Urologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

Zgłoszenia na drukach szkoleniowych, podstemplowane przez zakład pracy (o odprowadzaniu składek) składamy w Dziale Kształcenia Podyplomowego OIPiP.

tel. 781 014 062, 781 014 032

ArbeitExpert
POŚREDNICTWO PRACY

Praca w Niemczech

Pielęgniarka / Pielęgniarski

Zarobki 7200-8800 PLN brutto

NASZ KLIENT OFERUJE:

- Pracę w renomowanej niemieckiej klinice
- Niemiecką umowę o pracę (pakiet niemieckich świadczeń socjalnych, tj. ubezpieczenia chorobowe, emerytalne, zasiłek rodzinny, ubezpieczenia zdrowotne)
- Zatrudnienie na stanowisku Pielęgniarka / Pielęgniarski lub Pomocnik Pielęgniarski / Pielęgniarski (decyduje stopień znajomości j. niemieckiego)
- Kursy językowe dające możliwość uzyskania niemieckiego certyfikatu językowego zapewniającego awans zawodowy
- Zakwaterowanie i wyżywienie w klinice na preferencyjnych warunkach

WYMAGANIA:

- Wykształcenie pielęgniarskie (absolwenci liceów medycznych, medycznych szkół pomaturalnych, licencjaci oraz magistrowie pielęgniarstwa i położnictwa)
- Dobra znajomość j. niemieckiego lub certyfikat językowy B2
- Absolwenci bez doświadczenia mile widziani
- Doświadczenie zawodowe będzie dodatkowym atutem

Prosimy o dopisanie w CV następującej klauzuli: „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie pracy dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 o Ochronie danych Osobowych Dz. U. nr 133 poz. 883 z późn. zm.)”

Jesteśmy międzynarodową Agencją Pośrednictwa Pracy pod kierownictwem polsko – niemieckim, wyspecjalizowaną w pozyskiwaniu wykwalifikowanych pracowników do pracy w Europejskiej Wspólnocie Gospodarczej. Współpracujemy z zaufanymi niemieckimi przedsiębiorstwami i korporacjami. Wspólnie z naszymi klientami tworzymy możliwość kształtowania międzynarodowej kariery dla pracowników wykwalifikowanych i niewykwalifikowanych.

ArbeitExpert Sp. z o.o.
Plac Powstańców Śląskich 16 - 18
(wejście od ul. Sudeckiej 74)
53-333 Wrocław

tel: +48 71 758 56 02
fax: +48 71 758 54 18
kontakt@arbeitexpert.pl
KRAZ Nr Rej. 7625

Chcesz otrzymywać
aktualne oferty pracy?

Zarejestruj się na:

www.arbeitexpert.pl



Angielski medyczny

Przygotowanie do wyjazdów i egzaminów

www.malgorzatomazik.pl

tel.: 500 368 778

centrum edukacji
Erudio

Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. (0-42) 630 95 59, kom. 0-784 009 277
Łódź, ul. Pomorska 83/85

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
PRZEZ TELEFON
042 630 95 59

LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY



KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych

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

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/IV z dnia 08 kwietnia 2008 roku oraz Uchwałą Nr 643/V z dnia 10 marca 2009 roku

OIPiP w Łodzi, w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego, można ubiegać się o dofinansowanie do kosztów uczestnictwa w kursach

GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!

PŁATNOŚĆ W DOGODNYCH RATACH MIESIĘCZNYCH

ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl

!!! UWAGA !!!
PRZYJMujemy ZAPISY NA SZKOLENIA
SPECJALIZACYJNE



Człowiek- najlepsza inwestycja



ZASTRYK KOMPETENCJI INTERPERSONALNYCH ULTRA FORTE

Zapraszamy

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

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

UCZESTNICY OTRZYMUJĄ BEZPŁATNIE:

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

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

PUNKT REKRUTACYJNY

Łódź, ul. Józefa 7/35
tel. kom. 512 228 406
tel. 42 239 41 16

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

Dowiedz się więcej na:
www.efs.teb.pl

Uroki Wspólnoty Europejskiej

ZDZISŁAWA KULESZA

Dzień pierwszy

W dniu 11–13 maja 2012 roku wyjechaliśmy na wycieczkę do Łagowa, Frankfurtu nad Odrą, Poczdamu i Berlina. Jedziemy autostradą z tunelami i mostami oglądając łąny kwitnącego na żółto rzepaku kontrastującego z zielenią pól i lasów. Niebo się wypogodziło i o 11.40 witamy Łagów, na jeziorze pływają łodzie a na wzgórzu otoczonym murami zwiedzamy zamek Joannitów, z którego wieży roztacza się wspaniały widok na okolicę. O 13.00 jedziemy do hotelu „Cargo” w Słubicach, po zakwaterowaniu i odpoczynku o 15.30 jedziemy do Świecka, gdzie znajduje się jedno z największych w kraju przejść granicznych z Niemcami – Frankfurt nad Odrą. Założony przez śląskiego księcia Henryka I w XIII wieku jako osada kupców przybyłych z Frankonii, prawa miejskie otrzymał w 1253 roku. Szybko się rozwijało, zdominowało żeglugę i przystąpiło do Hanzy. Pod koniec II wojny światowej zostało prawie całkowicie zniszczone, jest ciąglej odbudowie. Spacerujemy nabrzeżem, oglądamy miasto, kościół mariacki, który do lat 70. był ruiną, teraz restaurowany, na piękne witraże, ale jest pusty. Klasztor franciszkanów od 1965 roku jest salą koncertową im. C.F.E. Bacha. Przez most wracamy na polską stronę do autokaru i jedziemy do hotelu na obiadokolację i nocleg.

Dzień drugi

Po Poczdamu dojeżdżamy na godzinę 10.00. Oprawdza nas pani Ewa Zięba – historyk sztuki. Miasto liczy 140 tysięcy mieszkańców, ładne, pełne zieleni, ogrodów i rezydencji, do których przenoszą się ludzie zamożni z Berlina. Większość domów to powojenna rekonstrukcja. Zwiedzamy dworek Cecilienhof, w którym odbywała się w dniach od 17 lipca do 2 sierpnia 1945 roku Konferencja Poczdam-ska, gdzie ustalono nowy porządek w Europie oraz nasze granice.

Wyjeżdżamy przez odrestaurowaną dzielnicę domów jednorodzinnych i willi oraz domów z bali drewnianych. Następnie zwiedza-

my piękne obiekty Pałacu Sanssouci. Zaprojektowany przez króla Prus Fryderyka II (1740–1786) dla wygody i potrzeb monarchy w stylu rokoko z okresu jego największego rozkwitu. Fasadą skierowany na południe z szerokimi oknami francuskimi, łączy się z przepięknym ogrodem – tarasowo schodzącymi schodami w dół. Na wzgórzu widać zabytkowy wiatrak. Podzieleni na dwie grupy, wchodzimy do pomieszczeń, Sala Marmurowa – główne reprezentacyjne wnętrze, osiem par korynckich kolumn z marmuru z połączanymi bazami i kapitelami dzieli owalną salę. Liczne figury przedstawiają różne rodzaje sztuk, a posągi Apolla i Wenus Urani – sztukę i miłość. Wzorzysta posadzka wykonana ze śląskiego marmuru. W drugiej sali owalnej piękne lustro i liczne naczynia z porcelany oraz rzeźby antyczne. Trzecia sala koncertowa Owidiusza przybrana w historii erotyczne bogów starożytnych w ulubionym kolorze Fryderyka na zielono. Sala balowa z podłogą z jaspisu i malowidłem Wenus z orszakiem na suficie oraz liczne popiersia. Sala dla gości z drzwiami, za które chowało się łóżko i mała różowa alkowa z łóżkiem. W następnej sali ściany kolorowe z drewna, inkrustowane intarsje z hebanu, palisandru, klonu i morwy tworzą piękne wzory. W innej sali liczne obrazy z widokami Poczdamu. W każdym pomieszczeniu przewodniczka opowiada historie z życia rodziny królewskiej. Fryderyk Wielki odegrał wielką rolę zarówno przy tworzeniu pałacu jak i założeniu ogrodu. Na najwyższym z sześciu opadających tarasów winnicy



wznosi się ponad kryptą króla rzeźba leżącej bogini Flory z Zefirem, bogiem zachodzącego wiatru. Jest też figurka Kleopatry z pogrążonym w żalobie Amorem, otoczone przez półkloby z marmurowymi biustami dwunastu rzymskich cesarzy. Od pałacu długa aleja, basen fontanny z figurami bogów, oglądamy nagrobek króla, dojdziemy do Domku Chińskiego – mieniącego się złotem, otoczonego figurami pijącymi różne napoje a na szczycie mandaryn z parasolką. Widzimy jeszcze oranżerię w stylu włoskim i Stary Pałac. Wracamy do autokaru i jedziemy do Berlina. Centrum Kongresowe i wieża radiowa to Berlin Zachodni imponujące budowle i aleja główna aż do Bramy Brandenburskiej.

Pałac i ogród Charlottenburg, ruina Kościoła Pamięci cesarza Wilhelma, jednej wieży nie odbudowano, by uświadomić przyszłym pokoleniom bezsens wojny. Pełni wrażeń wracamy do hotelu na kolację i nocleg.

Dzień trzeci

Po śniadaniu o 8.30 wyjazd do Berlina. Brama Brandenburska to symbol Berlina, wspaniała klasycystyczna konstrukcja powstała w latach 1789–1791 a do 1795 roku ukończono dekoracje rzeźbiarskie. Jest symbolem zwycięstwa, była świadkiem dziejów i upadku muru, który dzielił miasto (9 listopada 1989 r.). Po obu stronach alei liczne ambasady. Akademia Sztuk Pięknych to szklany dom, przechodzimy przez niego na ulicę z pomnikiem ofiar Holocaustu odsłoniętym 12 maja 2005 roku. Jest jak labirynt, składa się z 2711 sztuk betonowych prostopadłościaków. Przebudowany Reichstag stał się symbolem zjednoczenia Niemiec.

Historię muru berlińskiego oraz jego fragmenty przedstawia muzeum przy Checkpoint Charlie. Aleją pod lipami idziemy do szklanej płyty, przez którą zaglądamy do podziemi, gdzie widać puste półki po książkach, które spalono. W Berlinie istnieje około 200 muzeów, ale rekordy popularności bije Muzeum Pergameńskie, którego duma to wielki ołtarz Zeusa (165–156 p.n.e.), wywieziony w XIX wieku z Turcji za zgodą ówczesnego sułtana. Dostajemy słuchawki i w języku polskim widzimy sale. Zgromadzono tu bogate zbiory różnych kultur z obszaru Bliskiego Wschodu: rzymska mozaika (II – III w. p.n.e.), Atena (II w. p.n.e), sala pałacowa z Asyrii, pokój z Aleppo (1600 r.), wspaniałe boazerie, brama targowa z Miletu, brama Isztar z Babilonu, liczne posągi bogów, ceramika, mozaika, kobierce wschodnie. Berlin to piękne miasto, pełne zieleni i ciągle rekonstruowane, stał się wielokulturowym i wielonarodowościowym, co mogliśmy obserwować zwiedzając je. Wracając do kraju odwiedzamy Świebodzin, gdzie oglądamy ogromny pomnik – postać Chrystusa Króla.

Ta trzydniowa wycieczka bez kontroli granicznej pozwoliła nam odczuć uroki Wspólnoty Europejskiej.

Pragniemy złożyć wyrazy ogromnej wdzięczności dla **pielęgniarek Oddziału Neurologii Wojewódzkiego Szpitala w Zgierzu**, a w szczególności dla Oddziałowego – pana **Tomasza Zaskórskiego**. Troska i życzliwość, z jaką spotkała się przebywająca na tym oddziale po poważnym udarze nasza matka, przekraczały z pewnością o wiele to, czego zwykle można spodziewać się od personelu pielęgniarskiego. Byliśmy pełni podziwu nie tylko dla wysokiej próby profesjonalizmu, ale przede wszystkim dla oddania, z jaką pan Tomasz Zaskórski i jego zespół traktowali chorych, nigdy nie szczędząc im słów otuchy i zawsze obdarowując uśmiechem.

Danuta Bibel, Zbigniew Góral

Podziękowania dla pań pielęgniarek: **pani Lucyny Okulskiej** i **pani Jolanty Łoś** za przeprowadzenie szkolenia z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej uczniom Katolickiego Liceum i Gimnazjum OO. Bernardynów. Jesteśmy przekonani, że zdobyta wiedza przyczyni się do poprawy bezpieczeństwa i zdrowia naszego społeczeństwa.

dyrektor Gimnazjum
Innocenty Marek Rusecki

...Jest taki szpital, wśród przyrody, w Łodzi gdzie zawsze się z sercem do chorych podchodzi...

Powtarzam te słowa jak mantrę, bo już kolejny raz. Na Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym w Wojewódzkim Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi (pawilon „D”), przy ul. Okólnej 181 („Łągiewniki”), pracują ludzie naprawdę oddani pacjentom.

Mimo że przed laty straciłam tam Mamę, której w żaden ludzki sposób nie udało się uratować – będę z sentymentem wspominać oraz dziękować Państwu za starania, leczenie i pielęgnację mojej najukochańszej Osoby.

Sama byłam również kilkakrotnie hospitalizowana na wymienionym oddziale. Stworzono tu wspaniały zespół profesjonalistów: lekarzy, pielęgniarek, psychologów, salowych i pracowników technicznych. Z przyjemnością mogę stwierdzić: „gratuluję pani ordynator – dr **Danucie Gołębiewskiej** i pani oddziałowej – mgr **Annie Witeska** – doskonałego personelu”.

Moje spostrzeżenia są trafne, bo podobno „znam się na ludziach”, gdyż blisko 40 lat pracowałam jako pielęgniarka oddziałowa w jednej z łódzkich klinik a jako pacjentka „zwiedziłam” już dużo łódzkich szpitali.

Dziękuję Państwu bardzo serdecznie za spotęgowanie mojego nędznego zdrowia (w trakcie ostatnich dwu pobytów), za okazane serce a także w porę postawioną trafną diagnozę.

Życzę sobie, tym trafiła do podobnie zorganizowanego oddziału w Warszawie, przyjaznemu pacjentowi, gdzie od września dalej będę walczyć o poprawę swojej codzienności.

Neurologia to miejsce specyficzne, to jeden z najcięższych oddziałów szpitalnych i właśnie tu można łatwo dostrzec efekty ciężkiej pracy personelu, przy najbardziej i obłożnie chorych oraz je ocenić z pozycji pacjenta. Jestem usatysfakcjonowana moimi obserwacjami, bo faktem jest, że w „łągiewnickiej neurologii” nie zagubiono wpajanych nam przez prekursorów wiedzy zawodowej szkolne ideały i to, że są jeszcze miejsca w polskiej służbie zdrowia, gdzie przysięga Hipokratesa nadal zobowiązuje. Jestem zbudowana: organizacją pracy na ww. oddziale, poczynaniami zespołu pielęgniarskiego, estetyką, czystością pomieszczeń i bardzo dobrą atmosferą tu panującą.

Tak trzymać! Jesteście Oddziałem Przyjaznym Choremu! Dziękuję!

wdzięczna pacjentka
Anna Wanda Bartczak

DZIEKUJĘ

KOLEŻANKOM PIELEŃNIARKOM:

- Joli Mizuło** – za promienny uśmiech każdego dnia i wieczorne rozmowy
- Małgosi Jankowskiej** – za ciepło i opiekuńczość,
- Oli Arabskiej** – za troskliwość, pogodę ducha i takt,
- Dorocie Mikołajczyk** – za pomoc, dokładność, wychodzenie naprzeciw choremu,
- Kasi Zasadzie** – za słowa pociechy, serdeczność,
- Aldonie Stefaniak** – za dobre ręce i wyrozumiałość,
- Bogusi Gąsiorowskiej** – za cierpliwość i bardzo sprawnie i bezboleśnie wykonywanie zabiegów,
- Małgosi Frąckiewicz** – za pociechę i wsparcie,
- Małgosi Michalskiej** – za dobroć, troskę, dodanie otuchy,
- Agnieszce Mozeli** – za uprzejmość, zręczność, serce,
- Małgosi Wawrzyniak** – za delikatność, pomocną dłoń,
- Beacie Miszko** – za dobre współczujące, choć niekiedy zmęczone oczy,
- Mirusi Świecy** – za miłe „będzie dobrze” i serdeczne słowa.

LEKARZOM:

dr **Dorocie Zarzyckiej-Porc**, ordynatorowi dr **Danucie Gołębiewskiej**, dr **Joannie Hołodrowicz**, dr **Adamowi Pawlakowi**, mgr psycholog **Katarzynie Malinowskiej**

Dziękuję wszystkim bez wyjątku paniom salowym – zawsze pogodnym i chętnym do pomocy. Jeżeli kogoś pominęłam – przepraszam – tym osobom też dziękuję.

*Śpieszmy się kochać ludzi.
Tak szybko odchodzą.
Zostaną po nich buty
I telefon głuchy..
J. Twardowski*

Z żalem i wielkim smutkiem zawiadamiamy, że w dniu 18 czerwca 2012 roku po krótkiej chorobie odeszła w wieku 57 lat nasza koleżanka

śp. Halina Zarzyka

Przez blisko 30 lat pracowała w Oddziale Urologii i Transplantacji Nerek WSS im M. Pirogowa, od wielu lat pełniła funkcje zastępcy pielęgniarki oddziałowej.

Halinkę cechowała życzliwość, zainteresowanie losem pacjenta, chęć niesienia pomocy, bezinteresowność, zaangażowanie, koleżeńskość a przede wszystkim ogromny szacunek do drugiego człowieka.

Halinko odeszłaś za wcześnie, swoim odejściem bardzo nas zasmuciłaś. Na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci. Dziękujemy Ci za wszystko... mamy wiele miłych wspomnień

Koleżanki i Personel szpitala

Dziękujemy personelowi OIOM oraz Chirurgii Szpitala im. M. Pirogowa za opiekę nad „naszą Halinką”, za ogromne wsparcie i zaangażowanie.

*Jakie to życie jest krótkie...
Jedno tchnienie
a potem pustka
w sercu, w domu, w powietrzu
i nawet w Twoim grobie...
To była chwila, sekunda, moment...
jak Bóg odebrał Ci mowę...
jak przestałaś widzieć i słyszeć
księżyc, gwiazdy, kwiaty, ogrody...
Ten las był Twoim lasem,
ten dom był Twoim domem..
a teraz ślady zostały...
Twoich i naszych dróg
uśmiechów...spotkań...
Pustka Agnieszko po Tobie
a przecież mogłaś żyć...*

10 września 2012 r. zginęła śmiercią tragiczną nasza koleżanka

śp. Agnieszka Zielińska

Wiele lat pracowała w ZOZ MSW w Łodzi jako pielęgniarka.

Pamiętamy i zawsze będziemy pamiętać Agnieszko Twoje serce, Twój uśmiech, Twój optymizm pomimo problemów jakie Ci życie niosło. Pozostaniesz w naszych sercach na zawsze.

Zespół Pielęgniarek ZOZ MSW w Łodzi