

8 MAJA
Krajowy
Dzień Położnej

12 MAJA
Międzynarodowy
Dzień Pielęgniarki

„Upiełaś czepek za młodu
Choć wiedziałaś,
że trud Cię czeka.
Bo tajemnicą
Twego zawodu
jest troska o ciało
i godność człowieka”

Lidia Sierpińska
Tajemnica zawodu

Satysfakcji zawodowej,
szczęścia osobistego
i rodzinnego oraz
dużo zdrowia

życzy

Okręgowa Rada
Pielęgniarek
i Położnych

oraz

Redakcja

W
n
u
m
e
r
z
e

Biuletyn 5/2010

1 maja 2010 roku

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Słowo Przewodniczącej ORPiP
- 3 Serwis informacyjny
- 5 **Szkolenia, konferencje**
- 7 Zasady publikowania artykułów w Biuletynie
- 8 Sytuacja zawodowa i demograficzna pielęgniarek i położnych zarejestrowanych w OIPIP w Łodzi
Anna Manes, Grażyna Romanowska
- 12 Historia białego czepek z czarną aksamitką
Aleksandra Matuszewska, Magdalena Majka-Makosch, Elżbieta Mańka
- 15 E dura cosa La necessita
Danuta Gavrilenko
- 17 Moje wspomnienia z pracy w łódzkiej onkologii cz. 2
Maria Dziordzińska
- 18 **Podziękowania**
- 19 Objaw Raynauda
Agnieszka Kałużna, Iwona Pawiluniec
- 21 **Okiem psychologa**
Brak ruchu a zaburzenia psychiczne u dzieci
Jolanta Kałużna
- 23 Depressio cz. 1
Beata Pietrzak
- 27 **Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Polskich**
Do Ciebie Matko spieszmy
Barbara Jagas
- 27 **Koło Emerytek**
Spacer po Łodzi
Zdzisława Kulesza
- 28 **Kącik biblioteczny**

Szanowni Państwo,
informujemy, iż od 31 maja do 11 czerwca 2010
roku **Biblioteka OIPIP będzie nieczynna**

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 Naczelna: mgr Maria Kowalska

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, 91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

Dzień Położnej

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek

Maj jest szczególnym miesiącem dla nas Pielęgniarek, Pielęgniarzy i Położnych. Jak powiedział Erazm z Rotterdamu „Dla Człowieka szczytem szczęścia jest, gdy gotów jest być tym, kim jest... Dlatego też z okazji zbliżającego się Dnia Położnej i Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek dla wszystkich Państwa przesyłam najpiękniejsze życzenia: niechaj pełnienie tych ważnych ról daje wiele radości, uśmiechu i szacunku Pacjentów i Ich Rodzin, niech ten Dzień będzie czasem na przemyślenia i przystankiem nad pięknem otaczającego nas świata, niech się stanie Dniem, który w naszej codzienności, da nam siłę, abyśmy mogli się czuć szczególnie dobrze, radośnie w pełnieniu naszych zawodowych ról, niech pozwoli przetrwać trudne i smutne chwile skłaniając do podsumowań i refleksji, i na koniec z całego serca życzę Wam, abyście zawsze pamiętali, że:

„Jest na świecie jeden zawód,
jedno jedyne powołanie
– to być dobrym
dla drugiego człowieka”
M. Dąbrowska

Przewodnicząca
ORPiP w Łodzi
mgr Zofia Komorowska

SŁOWO

PRZEWODNICZĄCEJ

OKRĘGOWEJ RADY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH



Szanowne Koleżanki i Koledzy

„Kimkolwiek będziecie w życiu,
jakiekolwiek wybieriecie powołanie
– zawód czy stan – pamiętajcie,
że podstawowym powołaniem
człowieka jest – BYĆ CZŁOWIEKIEM”

Jan Paweł II

Odnosząc się do słów Jana Pawła II wyrażam głęboką nadzieję, iż przesłanie to znajdzie swoje odbicie w czasie mojej działalności – nowo wybranej Przewodniczącej – Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, a także w naszym codziennym życiu. Nawiązując do poświęceń i wyrzeczeń związanych z trudnym i pracowitym okresem poprzedzającym Zjazd – pragnę podziękować Wszystkim, którzy obdarzyli mnie mandatem zaufania i oddali na mnie swój głos podczas ostatniego niełatwego XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych. Zmiany, które zaszły skłoniły nas wszystkich do refleksji i podsumowań ostatnich wydarzeń. Złożyło się to wszystko akurat na półmetku V kadencji – i na pewno pojawiły się związane z tym nowe oczekiwania, wyzwania i marzenia... Niestety, żadne z nich nie będą mogły być spełnione bez pomocy otaczających nas ludzi – Wszystkich Was Szanowne Koleżanki i Koledzy – których pomoc, współpraca, zaangażowanie i wytrwałość w pracy na rzecz samorządu jest tak ważna i tak potrzebna.

Mam nadzieję, iż będę mogła w nowej roli spełniać powierzone mi zadania z korzyścią dla środowiska pielęgniarek i położnych, jak również zrobię wszystko co możliwe, by wizerunek samorządu zawsze postrzegany był jako ostoja i koło napędowe w rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa jako najliczniejszej grupy zawodowej.

Wszystkim Państwu oraz sobie samej – życzę zadowolenia z dokonanego wyboru, owocnej współpracy i mądrych przemyślanych decyzji.

Nasze wspólne działania zarówno polityczne, ekonomiczne, społeczne i zawodowe winny w pełni zrealizować zadania statutowe samorządu. Przynależność do naszej organizacji obliuguje do dobrego i rozważnego działania. Jednak, aby dobrze działać potrzeba ludzi, których powołaniem jest być człowiekiem.

Zapraszając do współpracy – tego Wam życzę i za to Wam gorąco dziękuję.

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi
mgr Zofia Komorowska

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia

ORPiP w dniu 2 marca 2010 roku

> W związku ze złożoną rezygnacją Haliny Łuczak-Skowrońskiej z pełnienia funkcji Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi przeprowadzono wybory uzupełniające do Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. W skład Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi wchodzić będzie pielęgniarka Joanna Lewandowska powołana do pełnienia funkcji Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

> W związku z tym, że Pani Joanna Lewandowska była członkiem Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, dokonano wyborów uzupełniających do Prezydium i w wyniku wyborów członkiem Prezydium została Pani Halina Łuczak-Skowrońska.

> Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek – 2 pielęgniarki.

> Wymieniono zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu 2 pielęgniarkom.

> Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek i położnych 1 pielęgniarkę.

> Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi 4 pielęgniarki.

> Przyjęto oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony od 1 pielęgniarki.

> Podjęto dwie uchwały dotyczące rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych.

> Podjęto decyzję na wniosek pielęgniarki naczelnej o skrócenie przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.

> Dokonano wpisu do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych – Stowarzyszenie na Rzecz Opieki Długoterminowej i Pomocy Społecznej „Dom Pod Słońcem”. Kurs doszkalać w zakresie „Pacjent w domowej opiece długoterminowej, ocena sprawności pacjenta, postępowanie terapeutyczne”.

> Podjęto dwie uchwały w sprawie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, z powodu stanu zdrowia, na czas do stawienia się na badania.

> W dwóch przypadkach podjęto decyzję o odstąpieniu od zobowiązania do podjęcia systematycznego leczenia odwykowego. Tym samym postępowanie w przedmiocie oceny niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki w sprawie wszczęcia postępowania w przedmiocie oce-

ny niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki, spowodowanej jej stanem zdrowia i powołania komisji lekarskiej do oceny tej niezdolności zostaje zakończone.

> W związku z umową zawartą z Powiatowym Urzędem Pracy Nr 2 dotyczącą stażu dla bezrobotnych podjęto uchwałę w sprawie pokrycia kosztów zakupu sprzętu biurowego na potrzeby utworzenia trzech stanowisk pracy.

> Przyznano dofinansowania w:

- kursach kwalifikacyjnych – 73 osobom,
- kursie specjalistycznym – 10 osobom,
- konferencji – 2 osobom,

> Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach egzaminacyjnych.

> Przyznano honoraria dla 7 autorów artykułów drukowanych w Biuletynie 2/2010.

> 5 osobom przyznano zapomogi bezzwrotne.

> Podjęto decyzję w sprawie zorganizowania i sfinansowanie:

- konferencji nt. „Bezpieczne podawanie leków”,
- konferencji nt. „Zagrożenia na stanowisku pracy pielęgniarek i położnych”,
- konferencję nt. „Etyka zawsze i wszędzie”.

ORPiP w dniu 10 marca 2010 roku

> Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w związku z opinią prawną dotyczącą przebiegu obrad XXIV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w dniu 26 lutego 2010 roku podjęła decyzję o ponowne przeprowadzenie zjazdu sprawozdawczego w dniu 25 marca 2010 roku.

> Podjęto uchwałę w sprawie zatwierdzenia kadry dydaktycznej do prowadzenia szkoleń i kursów organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

> Na wniosek członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej podjęto uchwałę wyrażającą zgodę na udział w kursie organizowanym i finansowanym przez OIPiP w Łodzi – pod warunkiem wolnych miejsc oraz pokrycia kosztów kursu.

> Przyznano 2 osobom sfinansowanie kosztów konferencji.

> Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach egzaminacyjnych, konkursowych na stanowisko ordynatorów.

Prezydium ORPiP w dniu 24 marca 2010 roku

> Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych – 9 pielęgniarkom i 2 położnym.

> Wymieniono zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu – 2 pielęgniarkom.

> Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek i położnych – 2 położne i 4 pielęgniarki.

> Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek i 2 położne.

> Przyjęto od dwóch osób oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki na czas nieokreślony.

> Podjęto 4 uchwały dotyczących rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

> Dokonano wpisu do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych – ERUDIO, kurs kwalifikacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwa ratunkowego, program dla pielęgniarek.

> Przyznano honoraria dla 6 autorów artykułów drukowanych w Biuletynie 3/2010.

> 10 osobom przyznano zapomogi bezzwrotne, jednej osobie z powodu braku nagłego zdarzenia losowego odmówiono przyznania zapomogi.

> Przyznano dofinansowania w:

– kursach kwalifikacyjnych – 21 osobom,

– kursie specjalistycznym – 2 osobom,

– konferencji – 12 osobom,

Odmówiono 1 osobie z powodów regulaminowych – regulamin dofinansowania kształcenia podyplomowego nie przewiduje dofinansowania do studiów pierwszego stopnia.

W dniu 25 marca 2010 roku odbył się XXV Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

W trakcie trwania obrad delegaci podjęli następujące uchwały:

> Uchwała Nr 1 XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 25 marca 2010 r. w sprawie regulaminu obrad Zjazdu.

> Uchwała Nr 2 XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 25 marca 2010 r. w sprawie unieważnienia uchwał XXIV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 26 lutego 2010 roku.

> Uchwała Nr 3 XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 25 marca 2010 roku w sprawie zatwierdzenia sprawozdań z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych i Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych za okres styczeń – grudzień 2009 roku.

> Uchwała Nr 4 XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 25 marca 2010 roku w sprawie zatwierdzenia budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na rok 2010 oraz prowidorium budżetowego na I kwartał roku 2011.

> Uchwała Nr 5 XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 25 marca 2010 roku w sprawie zagospodarowania nadwyżki bilansowej za rok 2009.

> Uchwała Nr 6 XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 25 marca 2010 roku w sprawie odwołania Krystyny Walewskiej z funkcji Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

> Uchwała Nr 7 XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 25 marca 2010 roku w sprawie wyboru Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – na podstawie protokołu Komisji Skrutacyjnej stwierdza, iż do pełnienia funkcji Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w V kadencji – od 26 marca 2010 roku do końca trwania V kadencji wybrana została Zofia Komorowska.

> Uchwała Nr 8 XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 25 marca 2010 roku w sprawie zmiany Uchwały Nr 4 XXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (sprawozdawczo-wyborczego) z dnia 26 października 2007 roku w sprawie liczby członków organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz delegatów na Krajowy Zjazd – rezygnacja członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

Obrady XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w dniu 25 marca 2010 roku zostały przerwane z powodu braku ilości delegatów potrzebnych do prawomocnego odbycia Zjazdu – kworum.

W związku z powyższym termin obrad w celu zakończenia XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi ustalony został na dzień 22 kwietnia 2010 roku, godz. 11.00 w sali konferencyjnej Urzędu Miasta w Łodzi, ul. Piotrkowska 104.

mgr Anna Manes
sekretarz ORPiP w Łodzi

Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi serdecznie zaprasza wszystkie pielęgniarki i położne do udziału w konferencji

„Bezpieczne podawanie leków”

która odbędzie się w dniu **17 czerwca 2010 roku** w godzinach 9.00 – 15.00 w Auli Palucha – Szpital im. N. Barlickiego w Łodzi, ul. Kopcińskiego 22

Konferencja podzielona będzie na dwie sesje:

I sesja – „Problematyka chorób zakaźnych w pracy pielęgniarki i położnej”

1. „Wirusowe zapalenie wątroby typu A, B i C” – dr Zbigniew Deroń
2. „Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z przewlekłym zapaleniem wątroby typu B i C leczonym terapią interferonową” – mgr Joanna Gąsiorowska
3. „Etyczne aspekty terapii przeciwwirusowej” – mgr Ewa Borowiak

II sesja – „Cała prawda o szczepieniach”

1. „Szczepienia – prawda i mity” – dr Zbigniew Deroń
2. „Wady i zalety szczepień ochronnych w świetle badań naukowych” – dr Ewa Szelaż
3. „Błąd zawodowy pielęgniarki związany z terapią lekiem” – mgr Sylwia Marczevska

Zgłoszenia przyjmowane będą do 4 czerwca 2010 roku na zamieszczonym poniżej druku. Kartę zgłoszenia należy dostarczyć do Biura OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17. Liczba miejsc ograniczona.

Zgłoszenie udziału w konferencji

Temat konferencji:

Termin konferencji:

Miejsce konferencji:

Imię i nazwisko:

Miejsce pracy:

Telefon kontaktowy:

Stanowisko:

Miejscowość, data:





Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi
serdecznie zaprasza na bezpłatne, jednodniowe szkolenie nt.

„Promocji zdrowia dla pielęgniarek POZ”

Termin szkolenia: 2 czerwca 2010 roku, godz. 9.00 – 14.00

Miejsce szkolenia: Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi, ul. Roosevelta 18, II piętro, sala nr 30

Program szkolenia:

1. Wprowadzenie do tematyki promocji zdrowia.
2. Metodologia programu promocji zdrowia.
3. Zajęcia warsztatowe w grupach, w czasie których konstruujemy projekt programu promocji zdrowia lub programu profilaktycznego na temat ważnego problemu zdrowotnego mieszkańców województwa łódzkiego.
4. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015.

Wykładowcy: mgr Wioletta Krakauła, mgr Małgorzata Cieślak, mgr Izabela Kaźmierczak

Zgłoszenia prosimy przesyłać:

- drogą elektroniczną na adres: e-mail: nadzor1@wczp-lodz.pl
- faxem: (042) 636 66 54 w. 48 lub (042) 636 43 30
- telefonicznie: (042) 636 66 54 w. 46, 48,

W zgłoszeniu prosimy umieścić: imię i nazwisko, miejsce pracy, telefon kontaktowy.

ogłoszenie płatne



Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. (0-42) 630 95 59, kom. 0-784 009 277
Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
PRZEZ TELEFON
042 630 95 59

LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY



KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

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 pediatryczne • Pielęgniarstwo zachowawcze

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran • Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Profilaktyka chorób piersi • Żywienie enteralne i parenteralne

CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIW W WARSZAWIE ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIW W ŁODZI

!!! UWAGA NOWOŚĆ !!!
**SEMINARIUM W ZAKRESIE EKG
DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH
(8 PUNKTÓW EDUKACYJNYCH)**

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

PLATNOŚĆ W DOGODNYCH RATACH MIESIĘCZNYCH

ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl

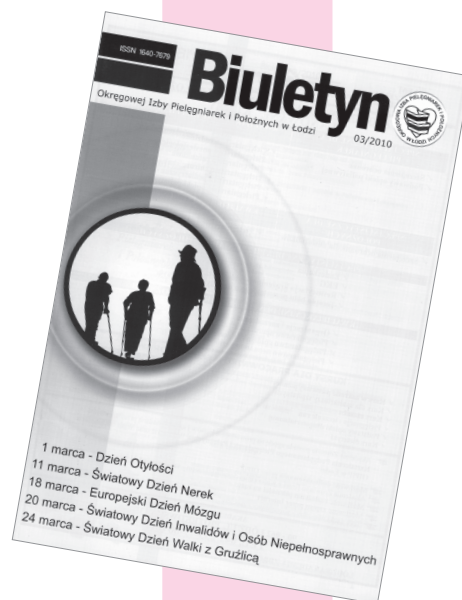
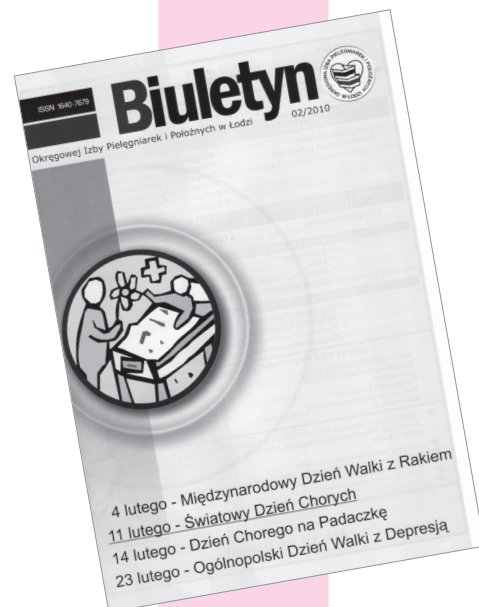
Zapraszamy Państwa do publikowania na łamach „Biuletynu” artykułów

W kręgu naszych zainteresowań są zarówno rozważania teoretyczne jak i praktyczne doświadczenia wynikające z pracy pielęgniarek i położnych, relacje z wdrożeń oraz dyskusje wokół istotnych dla problemów istotnych dla funkcjonowania naszych zawodów. Zakładamy, że nadesłane prace są pracami oryginalnymi, nigdzie dotąd nie publikowanymi ani nie oczekującymi na publikację w innym wydawnictwie. W przypadku powtórnego druku prosimy o podanie bibliograficznej informacji o pierwszej publikacji.

Upzejmie prosimy autorów składających publikacje w naszym piśmie o przestrzeganie poniższych wymogów:

1. Objętość pracy nie powinna przekraczać 8 stron wraz z rysunkami, tabelami, piśmiennictwem i streszczeniami. W uzasadnionych przypadkach redakcja może przyjąć pracę obszerniejszą.
2. Na pierwszej stronie winno znajdować się pełne imię i nazwisko autora, zawierającą informację o tytule lub stopniu naukowym, miejscu zatrudnienia, tytule pracy.
3. Wszelkie wyrazy w tekście wymagające podkreślenia graficznego należy wytłuszczyć. W tekście należy zaznaczyć, w którym miejscu mają być umieszczone tabele i rysunki.
4. Prace naukowo-badawcze powinny składać się z następujących części: streszczenie nie dłuższe niż 20 wierszy, wstęp, materiał i metody, wyniki, dyskusja, wnioski.
5. Zatytułowane tabele i rysunki powinny znajdować się na osobnych stronach. Tabele prosimy numerować cyframi rzymskimi, rysunki arabskimi. W tekście prosimy podać w odpowiednim miejscu nr tabeli lub rysunku.
6. Cytowany tekst z wykorzystywanego piśmiennictwa oznaczamy kolejnymi numerami. Piśmiennictwo powinno być podane na końcu artykułu w kolejności przywoływania.
7. Dla ułatwienia kontaktu prosimy o podanie aktualnego adresu, nr telefonu, adresu e-mail.
8. Do przesłanego tekstu prosimy dołączyć informację: *Autor prezentowanego artykułu zapewnia, że przesłany tekst jest pracą oryginalną i że nie został on opublikowany oraz nie oczekuje publikacji w żadnym innym czasopiśmie.*
9. Tekst prosimy przysyłać w formie elektronicznej (Word) na adres: „Biuletyn OIPIP w Łodzi”, ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź, lub pocztą elektroniczną w formie załącznika na adres: biuletyn@oipp.lodz.pl
10. Redakcja zastrzega sobie prawo do poprawek stylistycznych i nazewnictwa oraz do dokonywania koniecznych z przyczyn technicznych skrótów bez porozumienia z autorem. Wszystkie istotne merytorycznie poprawki będą z autorami konsultowane.
11. Nie zwracamy przysłanych do redakcji artykułów.

Gorąco zapraszamy do współpracy

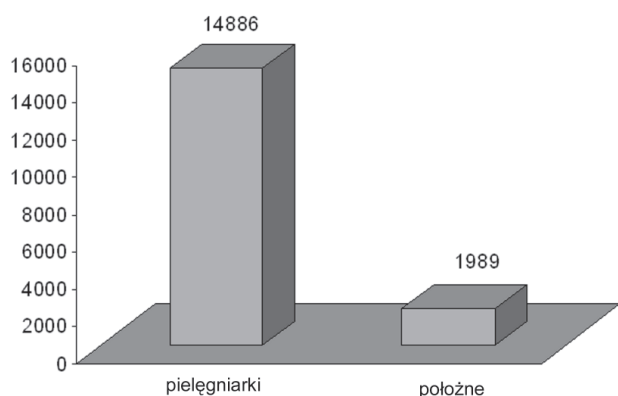


Sytuacja zawodowa i demograficzna pielęgniarek i położnych zarejestrowanych w OIPiP w Łodzi

(według stanu na dzień 31 grudnia 2009 roku)

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi prowadzi rejestr pielęgniarek oraz rejestr położnych. Według stanu na dzień 31 grudnia 2009 roku w ww. rejestrach Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zarejestrowanych było – 16 875 osób, które posiadają prawa wykonywania zawodu wydane na drukach zgodnych z obecnym stanem prawnym. Liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych jest następująca:

- 14 886 pielęgniarek (14 666 kobiet, 220 mężczyzn),
- 1989 położnych (1986 kobiet, 3 mężczyzn).



Liczba pielęgniarek i położnych, które są wpisane do rejestru, ale nie posiadają „nowego” prawa wykonywania zawodu (czyli wydanego na drukach zgodnych z obecnym stanem prawnym) wynosi 7587 osób, w tym:

- 6792 pielęgniarek,
- 795 położnych.

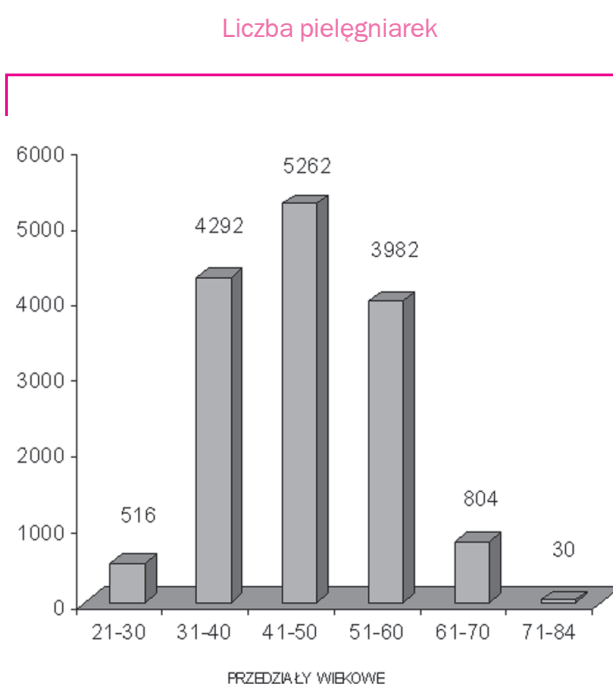
W dalszej części raportu podane dane dotyczą osób z „nowym” prawem wykonywania zawodu.

W 2009 roku Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi:

1. Stwierdziła prawo wykonywania zawodu: 160 pielęgniarkom/pielęgniarzom, 32 położnym.
2. Wymieniła prawo wykonywania zawodu: 26 pielęgniarkom/pielęgniarzom, 10 położnym.
3. Wpisała do rejestru: 59 pielęgniarek, 11 położnych,
4. Skreśliła z rejestru: 61 pielęgniarek, 47 położnych.

Struktura wiekowa zarejestrowanych pielęgniarek wg stanu na dzień 31 grudnia 2009 roku

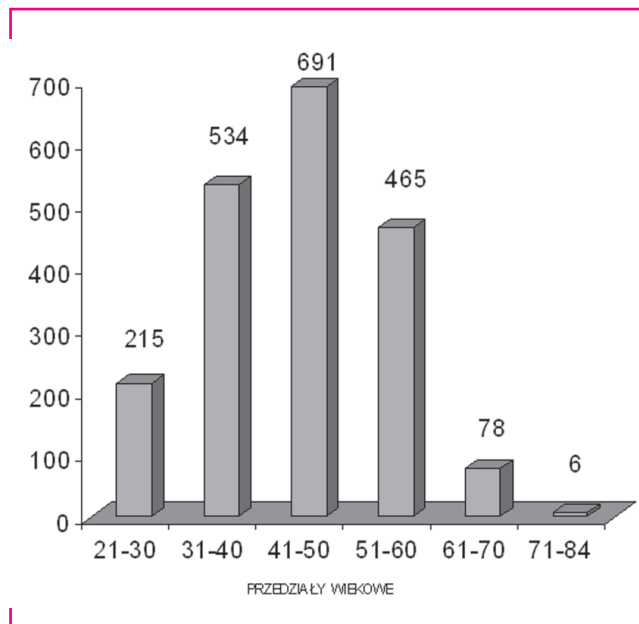
- 71-82 r. ż.: 30 osób
- 61-70 r. ż.: 804 osób
- 51-60 r. ż.: 3982 osoby
- 41-50 r. ż.: 5262 osoby
- 31-40 r. ż.: 4292 osoby
- 21-30 r. ż.: 516 osób



Struktura wiekowa zarejestrowanych położnych wg stanu na dzień 31 grudnia 2009 roku

- 71-77 r. ż.: 6 osób
- 61-70 r. ż.: 78 osób
- 51-60 r. ż.: 465 osób
- 41-50 r. ż.: 691 osób
- 31-40 r. ż.: 534 osób
- 21-30 r. ż.: 215 osób

Liczba położnych



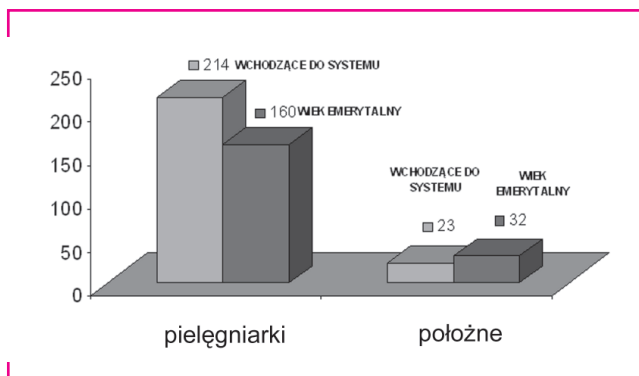
W 2009 roku spośród pielęgniarek i położnych zarejestrowanych w OIPIP w Łodzi wiek emerytalny osiągnęło:

- 214 pielęgniarek,
- 23 położnych.

W tym samym czasie w 2009 roku Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi stwierdziła prawo wykonywania zawodu:

- 160 pielęgniarkom (w tej liczbie 136 osób, to osoby po studiach licencjackich lub magisterskich),
- 32 położnym (w tej liczbie 30 osób, to osoby po studiach licencjackich lub magisterskich).

Wiek emerytalny a osoby wchodzące do systemu w 2009 roku



Wiek emerytalny a liczba absolwentów szkół pielęgniarskich z terenu działania naszej izby

Liczba osób, które osiągną wiek emerytalny	Liczba absolwentów szkół pielęgniarskich
2008	
210 pielęgniarek	118 pielęgniarek (w tym 19 osób, które są już położnymi lub ratownikami medycznymi)
18 położnych	21 położnych
2009	
214 pielęgniarek	193 pielęgniarki (w tym 28 osób, które są już położnymi lub ratownikami medycznymi)
23 położne	69 położnych
2010	
195 pielęgniarek	144 pielęgniarki (w tym 35 osób, które są już położnymi lub ratownikami medycznymi)
31 położnych	60 położnych

Wydawanie zaświadczeń w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej poza granicami Polski

W 2009 roku Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi wydała zaświadczenia konieczne do uznania kwalifikacji poza granicami Polski 54 osobom, w tym:

- 5 magistrów pielęgniarstwa,
- 10 licencjatów pielęgniarstwa,
- 2 licencjatom położnictwa.

Pozostałe osoby to absolwentki szkół średnich i pomaturalnych.

Niejednokrotnie osoby kończące studia pielęgniarskie przy składaniu wniosku o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu jednocześnie składają wniosek o wydanie ww. zaświadczeń.

Zatrudnienie a średnia wieku pielęgniarek i położnych

Zatrudnienie pielęgniarek i położnych kształtuje się następująco:

- 1) publiczne zakłady opieki zdrowotnej:
 - 10617 pielęgniarki,
 - 899 położnych,
 - 2) niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej:
 - 1163 pielęgniarki,
 - 126 położnych.
- Średnia wieku wykonujących zawód wynosi:
- 42 lata: pielęgniarki,
 - 43 lata: położne.

Absolwenci wyższych szkół, którym w 2009 roku Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi stwierdziła prawo wykonywania zawodu

W 2009 roku Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi stwierdziła prawo wykonywania zawodu:

- pielęgniarki: 128 licencjatów pielęgniarstwa i 8 magistrów pielęgniarstwa
 - położnej: 27 licencjatów położnictwa i 3 magistrów położnictwa.
- Spośród ww. osób zawód wykonuje:
- 37 licencjatów pielęgniarstwa i 1 magister pielęgniarstwa,
 - 2 licencjatów położnictwa i 1 magister położnictwa.

Finansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

W 2008 roku przeznaczono ogółem 664 664,00 zł na finansowanie kształcenia podyplomowego członków OIPIP w Łodzi, z czego:

- dofinansowanie indywidualnych wniosków to kwota 259 628,00 zł,
- szkolenia organizowane i finansowane przez OIPIP w Łodzi to kwota 221 058,00 zł,
- szkolenia finansowane z budżetu OIPIP w Łodzi – organizatorzy zewnętrzni to kwota 90 554,00 zł.

Ponadto, na ogólną kwotę 322 225,00 zł w wyniku umów zawartych z Ministerstwem Zdrowia, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi prowadzi szkolenia specjalizacyjne w dziedzinach:

- Pielęgniarstwa psychiatrycznego, program dla pielęgniarek,
- Pielęgniarstwa pediatrycznego, program dla pielęgniarek,
- Pielęgniarstwa chirurgicznego, program dla pielęgniarek.

Rok 2009 – z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych zaplanowano środki na kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w kwocie 1 055 382 zł.

Od stycznia do września 2009 roku sfinansowano:

- dofinansowanie indywidualnych wniosków to kwota 652 700,00 zł,
- szkolenia organizowane i finansowane przez OIPIP w Łodzi to kwota 162 289,00 zł,
- szkolenia finansowane z budżetu OIPIP w Łodzi – organizatorzy zewnętrzni to kwota 51 772,00 zł.

W roku 2009 OIPIP w Łodzi zawarła umowę z Ministerstwem Zdrowia na prowadzenie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa opieki paliatywnej, program dla pielęgniarek, na kwotę 108 425,00 zł.

Kształcenie podyplomowe w grupie pielęgniarek

Liczba osób posiadających specjalizacje w dziedzinie:

- pielęgniarstwa zachowawczego: 65
- pielęgniarstwa pediatrycznego: 66

– pielęgniarstwa w anestezjologii i intensywnej opiece: 65

- pielęgniarstwa chirurgicznego: 58
- pielęgniarstwa operacyjnego: 18
- pielęgniarstwa rodzinnego: 15
- pielęgniarstwa kardiologicznego: 8
- pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących: 14
- pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania: 13
- pielęgniarstwa psychiatrycznego: 10
- pielęgniarstwa opieki paliatywnej: 6
- promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej: 2
- pielęgniarstwa ratunkowego: 2

Liczba osób posiadających kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:

- pielęgniarstwa w anestezjologii i intensywnej opiece: 566
- pielęgniarstwa rodzinnego: 624
- pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania: 179
- pielęgniarstwa opieki paliatywnej: 139
- pielęgniarstwa opieki długoterminowej: 101
- pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących: 60
- pielęgniarstwa ratunkowego: 28
- pielęgniarstwa psychiatrycznego: 28
- pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią: 27
- pielęgniarstwa kardiologicznego: 17
- pielęgniarstwa promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej: 15
- pielęgniarstwa zachowawczego: 14
- pielęgniarstwa chirurgicznego: 13
- pielęgniarstwa pediatrycznego: 9
- pielęgniarstwa onkologicznego: 2
- pielęgniarstwa geriatrycznego: 7

Kształcenie podyplomowe w grupie położnych

Liczba osób posiadających specjalizacje w dziedzinie:

- pielęgniarstwa rodzinnego: 31
- pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego: 58
- pielęgniarstwa położniczego: 2.

Liczba osób posiadających kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:

- pielęgniarstwa rodzinnego: 300

Kształcenie podyplomowe wspólne dla pielęgniarek i położnych

Liczba osób posiadających specjalizacje w dziedzinie:

- organizacji i zarządzania: 42
- pielęgniarstwa epidemiologicznego: 17

Liczba osób posiadających kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:

- organizacji i zarządzania: 316
- pielęgniarstwa operacyjnego: 285
- pielęgniarstwa neonatologicznego: 120
- pielęgniarstwa epidemiologicznego: 45

Wykształcenie wyższe pielęgniarek i położnych

Studia wyższe na poszczególnych poziomach i kierunkach:

- 1) studia I stopnia licencjackie – ogółem 622 osoby, w tym:
 - pielęgniarstwo: 512
 - położnictwo: 77
 - inne: 33
- 2) studia magisterskie – ogółem 435 osób:
 - pielęgniarstwo: 321
 - położnictwo: 25
 - inne: 89
- 3) 7 osób posiada stopień naukowy doktora.

Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej dane dotyczące 2009 roku

ORPiP w Łodzi skierowała na przeszkolenie ogółem – 60 osób:

- 51 pielęgniarek,
- 9 położnych.

Przeszkolenie ukończyło ogółem 62 osoby, w tym:

- 52 pielęgniarki,
- 10 położnych.

W trakcie przeszkolenia znajduje się ogółem 20 osób, w tym:

- 15 pielęgniarek,
- 5 położnych.

Przeszkolenia nie podjęły 2 pielęgniarki.

Zakłady, w których w 2009 roku odbywały się przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej: ICZMP w Łodzi, Wojewódzki Szpital w Bełchatowie, SP ZOZ Szpital Rejonowy w Radomsku, WSS im. M. Kopernika w Łodzi, USK Nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi, III Szpital Miejski im. K. Jonschera w Łodzi, WSS w Zgierz, SP ZOZ Kutno, WSZ w Skierniewicach, SP ZOZ Brzeziny, SP ZOZ Opoczno, ZOZ MSWiA w Łodzi, SP ZOZ Wieluń, USK Nr 2 im. WAM w Łodzi, SP ZOZ Tomaszów Mazowiecki, SSW im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim, SP ZOZ Pabianice, SP ZOZ Pajęczno, Szpital Zakonu OO. Bonifratrów im. Św. Jana Bożego w Łodzi, USK Nr 4 w Łodzi, Szpital Rejonowy w Piotrkowie Trybunalskim.

Szanowne Koleżanki

Powyższe dane przekazujemy Państwu bez obszernego komentarza. Pozwolimy sobie jedynie na następującą uwagę. Jesteśmy największą grupą zawodową w systemie ochrony zdrowia, jesteśmy dobrze wykształcone, ciągle podnosimy swoje kwalifikacje i jest nas coraz mniej. Prosimy pamiętać, że uprawnień jakie posiadamy, nie ma żadna inna grupa zawodowa i nikt nas nie zastąpi. Nikt nas nie zastąpi i z tego powodu, iż coraz mniej osób kształci się w naszych zawodach. Prosimy dokładnie przyrzeć się strukturze wiekowej zarówno pielęgniarek jak i położnych. Liczby te powinny poruszyć osoby odpowiedzialne za ochronę zdrowia, bowiem już teraz brakuje pielęgniarek, a w niedługim czasie możemy obawiać się jeszcze trudniejszej sytuacji.

Akcja „Pieczętka”

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na posiedzeniu w dniu 13 października 2009 roku podjęła uchwałę w sprawie wykonania i sfinansowania imiennych pieczętek dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Proces wykonywania i wydawania pieczętek jest rozłożony na lata 2010 – 2011. Aby można było przeprowadzić to sprawnie i dokładnie, będzie on wyglądał następująco:

1. Sukcesywna wysyłka arkuszy aktualizacyjnych do poszczególnych zakładów.
2. Zebranie uzupełnionych arkuszy aktualizacyjnych w danym zakładzie i zbiorcze dostarczenie ich do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowska 17.
3. Wykonanie i wydawania pieczętek członkom samorządu.

Izba nasza według stanu na dzień 30 września 2009 roku to 14828 pielęgniarek i 1973 położnych, jak Państwo widzą jest to bardzo duża liczba osób i z tego też powodu cała akcja jest zaplanowana na lata 2010-2011.

Uprzejmie proszę aby wszystkie osoby, które zmieniły nazwisko i nie zgłosiły tego faktu w rejestrze OIPIP w Łodzi (w oryginale zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu nie ma zmiany nazwiska), zgłosiły się do Biura OIPIP w Łodzi celem dokonania zmiany nazwiska w oryginale zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu. Aby można było dokonać ww. zmiany proszę zgłaszać się do rejestru pielęgniarek, położnych OIPIP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17, pokój 310, z następującymi dokumentami:

1. Oryginałem zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu.
2. Oryginałem odpisu aktu małżeństwa.

Obowiązek dokonania zmiany danych objętych wpisem do rejestru wynika z art. 11d ustawy z dnia z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178, ze zmianami) i powinien być wykonany w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Historia białego czepka z

Model zawodu pielęgniarstwa jest rozpatrywany w aspekcie działalności zawodowej i w aspekcie określonej grupy społecznej.

Integracja tej wykwalifikowanej społeczności zachodzi poprzez akceptację celów pielęgniarstwa, tworzenie więzi zawodowo-organizacyjnych oraz poprzez uzewnętrznienie modeli zachowania etycznego i wspólnych symboli zawodowych. W ten sposób pielęgniarki uświadamiały sobie szczególną funkcję i odrębność grupy, do której z racji wykonywania tych samych czynności należały i należą.

Dzięki tym symbolom i modelom zachowania moralnego oraz zawodowego pielęgniarek społeczeństwo uznawało pielęgniarki dyplomowane jako odrębną i swoistą grupę zawodową pracowników umysłowych służby zdrowia. Znaczącym i niosącym informację przejawem symboliki zawodowej był między innymi biały czepek pielęgniarstwa z aksamitką w czarnym kolorze. (7)

Syjud pisze, że symbolem jest przedmiot, zjawisko, obraz, który oprócz właściwego znaczenia posiada inne, co do którego ludzie się umówili, co będzie znaczyło. (3)

Co znaczy czepki jako symbol pielęgniarstwa? I to pielęgniarstwa światowego, bo czepki noszą pielęgniarki w Japonii, w Stanach Zjednoczonych, w Czechach, w Austrii, w Niemczech. W Polsce niektóre.

Czepki były wizualnym, umownym znakiem, który przekazywał informacje o zaakceptowanym znaczeniu tre-

ściowym. Kobieta w czepku była rozpoznawana jako osoba, która udzieli pomocy, uratuje, przekaże informację, zapewni poczucie bezpieczeństwa, pocieszy i okaże współczucie. Była pielęgniarką. (4, 9, 10)

Zatem czepki jako symbol nadawał rzeczywistości medycznej sens, był oznaką kultury pielęgniarstwa i pielęgniarstwa reprezentacji jako społeczności zawodowej w społeczności narodowej. Kreował on tożsamość zawodową pielęgniarek i mógł mieć wpływ na kształtowanie wzorców osobowych pielęgniarek. (6)

Symbol nabiera znaczenia dopiero gdy jest używany, widoczny, prezentowany.

Pielęgniarka była rozpoznawana tylko wówczas, gdy nosiła czepki. On pozwalał na integrację zawodową, na zdecydowaną przynależność do grupy zawodowej i pełnionej jednoznacznie roli pielęgniarki. (2, 10) (fot. 1).

Człowiek musi do kogoś, do czegoś przynależać.

Czepki sam w sobie coś znaczący i społeczeństwo wie co. Pielęgniarka bez czepki jest dopytywana kim jest. Czepki przynależały do pielęgniarki.



Fot. 1
A. Królewska
(1910 – 1996)
przełożona
Polikliniki MSW
w latach
1955 – 1972

czarną aksamitką

Biały czeppek z czarną aksamitką był oznaką pielęgniarstwa jako zawodu. Czeppek dodawał uroku, każda pielęgniarka wyglądała w nim estetycznie i budziła zaufanie u pacjentów.

Pismo okólne Ministra Zdrowia z 8 lutego 1950 roku informowało, że pielęgniarki, które ukończyły szkołę pielęgniarek i uzyskały kwalifikacje pielęgniarki dyplomowanej mogą nosić na czepku czarny pasek szerokości 2 cm. Jednocześnie to samo pismo okólne zawierało zapisy, które zabraniały noszenia tych oznak przez inny personel medyczny. (9)

Świadczyło to o wyróżnieniu zawodu pielęgniarstwa w grupie zawodów medycznych.

Czeppek miał tu znaczenie prawno-informacyjne zarówno dla pacjentów, jaki i współpracowników pielęgniarek.

Aksamitka, czarny pasek na wyłoggu czepka pielęgniarstwa ma swoją tradycję związaną osobą położnej, która na dworze Królowej Francji Marii Medycejskiej umiejętnie i z dużym doświadczeniem przyjmowała na świat następców tronu. W uznaniu zasług Loisy Bourgeois nadano jej przywilej noszenia aksamitnego kapturka. (9)

Według Zarzyckiej inne źródła podają, że stosowanie aksamitki to wzór wojskowy rozróżniający rangę szeregowca i oficera, a w pielęgniarstwie uczennicę i pielęgniarkę. (fot. 2)

Łyżka relacjonuje, że pierwsze paskowanie wprowadziła Szkoła Warszawska wzorując się na tradycji szkół amerykańskich, w których instruktorki polskie odbywały staże dydaktyczno-zawodowe. Na pół roku przed zakończeniem nauki uczennice otrzymały



Fot. 3. Jeden poprzecznie umieszczony pasek na czepku to model paskowania uczennic w liceum medycznym i nieco później w pomaturalnych szkołach pielęgniarstwa w Polsce Ludowej



Fot. 2. Według Zarzyckiej stosowanie aksamitki to wzór rozróżniający rangę szeregowca i oficera, a w pielęgniarstwie uczennicę i pielęgniarkę



czeppek z jednym wąskim paskiem. Jeden poprzecznie umieszczony pasek na czepku to model paskowania uczennic w liceum medycznym i nieco później w pomaturalnych szkołach pielęgniarstwa w Polsce Ludowej. (4, 9, 10) (fot. 3).

A jak to się stało, że czeppek jest wymieniany jako symbol pielęgniarstwa? Historia tego specyficznego nakrycia głowy sięga 1876 roku. Nosiły go pielęgniarki szpitala w Beellevue

w Stanach Zjednoczonych. To nakrycie głowy jest pozostałością starego zwyczaju nakrywania głowy przez kobiety. One nigdy nie wychodziły z domu bez nakrycia głowy. Pomagając dzieciom, starcom, kobietom rodzącym, ofiarom wojny pomagały zawsze w nakryciu głowy. (8, 9)

Czeppek będący nakryciem głowy ma znaczenie symboliczne i tłumaczone jest jako pokorne służenie innym ludziom. Pokrywając całą głowę chronił i zabezpieczał nierzadko długie włosy przed zakurzeniem. Nie miał on estetycznego wyglądu. (2)

Autorki artykułu szukały związku czepka pielęgniarstwa z kornetem noszonym przez zakonnice. W literaturze przedmiotu nie znaleziono informacji na ten temat. Kornet jest zdefiniowany jako nakrycie głowy zakonnicy, najczęściej w postaci dużego, białego nakrochmalonego, upiętego czepca zakrywającego uszy. (5) (fot. 4).

Rozłożony czepek pielęgniarski i rozłożony kornet mają ten sam kształt, są podobnie upinane po wykrochmaleniu i wyprasowaniu. Różnią się jedynie wielkością i wysokością wyłogu nad czołem, czasem zagięciem brzegów. Czepki pielęgniarskie miały ścięte brzegi albo miały brzegi zagięte w kierunku wyłogu czepka. Dzięki temu miały inny kształt i po tym odróżniały się szkoły pielęgniarskie. W Łodzi zmienione kształtem czepki miały szkoły: Medyczne Studium Zawodowe Nr 3 przy ulicy Ciołkowskiego 3 i Liceum Medyczne Pielęgniarstwa Nr 1 przy ul. Narutowicza 122. Po kształcie czepka absolwentki rozpoznawały, że ukończyły tę samą szkołę (fot. 5).

Polsce po raz pierwszy czepki zostały nałożone na głowy uczennic Krakowskiej Szkoły Pielęgniarstwa w 1911 roku. Miał on okrągły kształt z niedużym wyłogiem nad czołem i pokrywał włosy. Okazjonalnie na czepek był zakładany granatowy welonik.

Później, w roku około 1921 wprowadzono okrągłe czepki, marszczone i pokrywające całą głowę, zapinane na guziki, tak zwane motylki. (1, 7, 8). Czepki wykonane były z muślinu, organdy, płótna, batystu. Wymagały prania, mocnego krochmalenia i prasowania. W latach 70 i 80 czepki były plastikowe, a w latach 90 pojawiły się czepki jednorazowe, płócienne. (9, 10)

W 1991 roku, na mocy uchwały I Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, pielęgniarki świadomie odeszły od noszenia białego czepka z czarną aksamitką. Zginęły w tłumie wąskospecjalistycznej, licznej grupy pracowników ochrony zdrowia. Argumenty tak podjętej decyzji autorki pozostawiają bez komentarza. Jedno jest pewne, coś zostało utracone...

Literatura:

1. Górajek-Jóźwik J.: *Kalendarium Pielęgniarstwa Polskiego*. Wydawnictwo OVO. Warszawa. 1998
2. Jezierska. M. B.: *Pochylone nad czołwiekiem. Z dziejów Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa 1921- 1945*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa. 1991.
3. Syjud J.: *Słownik filozoficzny*. Wydawnictwo Videograf II. Katowice. 2003.



Fot. 4. Siostry zakonne – pielęgniarki Szpitala Psychiatrycznego w Koninie w 1933 roku



Fot. 5. W Łodzi zmienione kształtem czepki miały szkoły: Medyczne Studium Zawodowe Nr 3 i Liceum Medyczne Pielęgniarstwa Nr 1

4. Ślusarska B.: *Symbolika zawodu pielęgniarskiego*. „Almamater”. 1.(42). 2005.
5. Tokarski J. *Słownik Wyrazów Obcych*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa. 2003.
6. Wołynka S.: *Pielęgniarstwo ogólne*. Wydawnictwo PZWL. Warszawa. 1977.
7. Wrońska I. *Polskie Pielęgniarstwo 1921 – 1939*. Wydawnictwo Norbertinum. Lublin. 1991.

8. Wróblewski Z.: *Płomień nadziei*. Wydawnictwo MON. Warszawa. 1980.
9. Zarzycka D.: *Symbolika zawodu pielęgniarki. Analiza retrospektywna*. Biuletyn Świętokrzyskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. 2004. 2-3.
10. Zarzycka D.: *Symbol i ceremonie zawodowe pielęgniarstwa – relikty czy wartość zawodowa*. „Problemy Pielęgniarstwa”. 2009. 17. (1). 54-62.

“E dura cosa La necessita”

Tak, wypaliłam się zawodowo. Po 37 latach pracy odeszłam na emeryturę, uważając, że już nie wrócę do pracy. Stało się inaczej. Niestety, minęło pięć lat i trzeba było aktualizować dyplom.

Wybór padł na Szpital WAM przy ul. Żeromskiego. Pani naczelna po krótkim, bardzo rzeczowym instruktażu, zdecydowała: będzie to Klinika Kardiologii Interwencyjnej Kardiologii i Rehabilitacji Kardiologicznej. Nie ukrywam – byłam przerażona. Jak odnajdę się na oddziale i w warunkach, w których nigdy nie pracowałam. Jak znaleźć wspólny język z pielęgniarkami? Mam więcej lat pracy niż one życia.

Od czego zacząć? Pytam: – “Co robić”? Pada krótka odpowiedź: – “To nie wiesz, co się robi na erce kardiologicznej”? Ano nie wiem. To nie takie oczywiste. Muszę szybko nadrobić zaległości.

Najpierw, zgodnie z wytycznymi, poznaję topografię oddziału, rozmieszczenie poszczególnych pracowni diagnostyczno-zabiegowych. Poznaję obowiązującą dokumentację, zasady przyjęcia pacjentów. Na erce jest osiem stanowisk dla pacjentów, którzy wymagają intensywnej opieki medycznej. Wszyscy są podłączeni do monitorów, niektórzy mają tlen, kroplówki, cewniki, pracują pompy insulinowe.

Jak ja to opanuję i przetrwam?!

Nie ma czasu na rozczulanie się. Trzeba zawieźć pacjenta na USG,

później na RTG. Jest kolejka, trzeba czekać. Dzwonią z pracowni – jedziemy po pacjenta po koronografii i angioplastyce.

Przewiezienie pacjenta to nie wszystko. Trzeba jeszcze podłączyć elektrody, uruchomić monitoring, odczytać i zapisać parametry, włączyć kroplówkę. We wszystkich postępowaniach obowiązują standardy, których należy ściśle przestrzegać. Standard standardem, ale każdy pacjent na zabieg może zareagować inaczej i to też, a może przede wszystkim, trzeba wziąć pod uwagę. Niestety, zdarzało się to wielokrotnie!

Ruch chorych na oddziale jak na jego nazwę przystało, też jest intensywny. Dziś było jedenaście planowanych przyjęć na zabiegi interwencyjne.

Rozmieszczenie chorych – z tym są duże trudności. Lekarze przygotowują wypisy na 13.00 – 14.00 a pacjenci z planowanym przyjęciem zgłaszają się już po 8.00. Panuje tłok, brakuje łóżek. Koleżanki, mimo trudności od nich wcale niezależnych, opanowują sytuację. Trzeba mieć refleks, by nie doszło do zdarzenia, gdy mijamy się na korytarzu z pacjentami na wózkach i łóżkach. Wszyscy mają zapewnione miejsca.

Uf, chwila wytchnienia. A gdzie tam! Trzeba trzech pacjentów przygotować do kardiowersji. Już jest umówiony anestezjolog. Dwa zabiegi się udały – artymie przerwano. Jeden zabieg do powtórki – najpewniej jutro.

Trzeba odebrać wyniki, powiadomić lekarza – wysokie poziomy cukru, potas poniżej normy. Zmiana zleceń lekarskich – trzeba jeszcze, niestety, dopilnować, by były napisane wyraźnie i opatrzone pieczęcią.

Może teraz chwila spokoju. Ale gdzież tam!

Pacjent do przyjęcia z zawałem serca. U pacjenta na trzecim stanowisku monitor zaczyna szaleć, konieczna interwencja lekarza. Nowe zlecenia, podany tlen. Sytuacja opanowana.

Kolejny dzień pracy – szok. Już po raporcie, pacjent na drugim stanowisku – rzut oka na monitor – migotanie komór.

Młode pielęgniarki, które jeszcze przed chwilą były roześmiane, w sposób niezwykle profesjonalny ratują życie człowiekowi. Podział ról nastąpił w sekundę. Metodycznie, bez zbędnych słów i gestów. Drobnitka pielęgniarka z rzęsami jak firanki, wskakuje na łóżko, robi masaż serca. Jest tlen, ssak, leki. Jedno wyładowanie defibrylatora – nie ma reakcji. VF/VP utrzymuje się. Po trzecim wyładowaniu rytm zostaje przywrócony. Wszystkie oddychamy z ulgą. Na salę wchodzi lekarz – nowe zlecenia, leki, uzupełnienie dokumentacji. Stoję z zacisniętym gardłem, mam łzy w oczach. Jestem pod wrażeniem profesjonalizmu moich młodszych koleżanek. Kontakt z pacjentem nawiązany, życie

uratowane. Następuje tak konieczne rozluźnienie. Ale nie na długo. Trzeba rozpocząć rutynowe czynności, które rozpoczynają dyżur na erce. Sytuacji dramatycznych, stresujących, obciążających fizycznie i psychicznie

zawodowe (asystentki pielęgniarskie). My byłyśmy młode, naszpikowane wiedzą teoretyczną, gotowe wprowadzać nowatorskie pomysły. Słyszało się głosy: przyszły i chcą rządzić. Po ukończeniu studiów w Lublinie oraz

sfakcja. Ja jej doświadczyłam. Ten miesiąc pracy, oprócz poszerzenia wiedzy i umiejętności, dał mi zadowolenie i inne spojrzenie na zawód, który wykonywałam tyle lat i z którego odeszłam wypalona zawodowo.

Młode pielęgniarki, które jeszcze przed chwilą były roześmiane, w sposób niezwykle profesjonalny ratują życie człowiekowi. Podział ról nastąpił w sekundę. Metodycznie, bez zbędnych słów i gestów.

jak się później okaże, było niestety bardzo wiele.

Jak one to robią? Jeszcze znajdują czas, by mi wytłumaczyć, pokazać dla mnie nowe procedury. – Spokojnie patrz i o wszystko pytaj”. Później było: – Nie patrz, tylko wykonuj sama.

I tak powoli, pod ich czujnym okiem, wchodziłam w stertę zabiegów. Moje pierwsze wykonanie EKG wzbudziło dezaprobatę w oczach młodszej koleżanki. Ale szybko nadrobiłam teoretyczne i praktyczne wiadomości i kolejne EKG było w porządku. Już nie zużywałam zbyt dużo papieru i wszystkie odprowadzenia zostały zapisane. Przygotowanie zestawu do zdjęcia koszulki tętnicznej nie stanowiło problemu.

Dziś, po miesiącu pracy, nie tylko wiem, co się robi na erce na oddziale kardiologicznym, ale co najważniejsze, wiem, jak to się robi. To wszystko zawdzięczam całemu zespołowi pielęgniarek.

Proszę pozwolić na chwilę refleksji, która w tym kontekście ma istotne znaczenie. Jestem jedną z pierwszych absolwentek studiów dziennych Wydziału Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Lublinie. W tym czasie w Łodzi były nas trzy lub cztery absolwentki. Przyjęcie nas w środowisku pielęgniarskim było na ogół nieprzychylnie. Wchodziłyśmy w zespoły pielęgniarskie, które miały duży staż pracy, doświadczenie praktyczne, wykształcenie średnie a czasem tylko

studiów podyplomowych w poznańskiej Akademii Medycznej, wygraniu konkursu, pracowałam na stanowisku przełożonej pielęgniarek w Specjalistycznej Przychodni dla Dzieci i Młodzieży. Kierowałam pracą personelu w ponad 20 poradniach specjalistycznych, rozsiąanych w różnych ośrodkach w Łodzi, bo taki zasięg organizacyjny miał Spe-

Praca w tak profesjonalnym zespole pielęgniarek to ogromna satysfakcja. Ja jej doświadczyłam. Ten miesiąc pracy, oprócz poszerzenia wiedzy i umiejętności, dał mi zadowolenie i inne spojrzenie na zawód, który wykonywałam tyle lat i z którego odeszłam wypalona zawodowo.

cialistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej Matki i Dziecka. Całe moje życie zawodowe związane było z pediatrią i specjalistycznym leczeniem otwartym.

Jakże odmienne było przyjęcie mnie dziś niż to przed 37 laty. Wchodziłam w zespół pielęgniarek, które w większości mają ukończone studia, licencjaty, są w trakcie pisania prac dyplomowych, ukończone kursy specjalistyczne dające szerokie uprawnienia. Wszystkie mają poczucie swojej wartości, godności, bez kompleksów. Wiedzą, że od ich wiedzy, umiejętności, refleksu zależy końcowy efekt leczenia. Praca w tak profesjonalnym zespole pielęgniarek to ogromna saty-

Podobno „serce nigdy nie ma zmarszczek, ono ma blizny”. Moja blizna w sercu jest pożądana, choć nie jest skutkiem ablacji. Drogie koleżanki profesjonalistki, dobrze wiecie, że ten zabieg leczniczy można powtórzyć. Nie mam nic przeciwko temu.

Klinika Kardiologii Interwencyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 WAM w Łodzi przy ul. Żeromskiego 113 to dobre miejsce, by aktualizować dyplom.

Dziękuję Pani Naczelnej – Agnieszce Topolskiej – za wybór oddziału, który okazał się nad wyraz trafny, choć na początku budził we mnie sprzeciw.

Pani Oddziałowej – Dorocie Musiałek – która dostarczyła mi fachową literaturę, zestaw materiałów szkoleniowych i na bieżąco

koordynowała moją pracę. Były to cenne uwagi.

Dziękuję całemu zespołowi pielęgniarek, personelowi pomocniczemu za poświęcony czas, wszystkie wskazówki i praktyczne rady, dobrą, miłą i rzeczową współpracę.

„E dura cosa La necessita” – “konieczność, twarda sprawa” okazała się dla mnie korzystna. Zyskałam tak wiele a Wam, Drogie Koleżanki, życzę realizacji zamierzeń tych bliższych i dalszych, satysfakcji w życiu osobistym i zawodowym.

Z wyrazami szacunku
Danuta Gavrilenko

MOJE WSPOMNIENIA

z pracy w łódzkiej onkologii

cz. 2

W 1967 roku wybudowano na ul. Gagarina 4 nowoczesny Ośrodek Onkologiczny i już wtedy pod jednym dachem mieściło się ambulatorium i szpital. Było to i jest o wiele wygodniejsze dla chorych i personelu. Przypominam sobie zdanie, które wygłosił ówczesny minister zdrowia w czasie uroczystości otwarcia Ośrodka Onkologicznego: „żeby powstał taki Ośrodek, najpierw muszą znaleźć się ludzie, którzy zechcą w nim pracować”, bo naprawdę nielekką to praca. Byli jednak tacy, którzy nie odchodził i całe swoje siły, zdrowie i umiejętności poświęcili tym najbardziej dotkniętym cierpieniem chorych.

W Wojewódzkiej Poradni Onkologicznej, do której przyszedłam z nakazu, w tym czasie nikt nie wybierał sobie miejsca pracy, zastałam już pracujące trzy pielęgniarki: wspomniana wyżej Danusia Gęsikowska, Marysia Nowakowska i Dorota Borowiakowa. Poza Danusią, która wyjechała na stałe za granicę do córki, Marysia z Dorotą aż do przejścia na emeryturę pracowały na ginekologii. Im również nie można było niczego zarzucić, były wzorowe. Potem doszłam ja, później Krysia Załogowa. Była to starsza od nas pani, opowiadała jak w czasie okupacji w budynku, w którym pracowałyśmy tzn. na ul. Leczniczej 6, był szpital dla jeńców i ona w nim pracowała. Opowiadała również o tym, jak organizowano ucieczki z tego szpitala, bo wiadomo, jaki byłby los tych jeńców. W pracowni cytologiczno-histopa-

tologicznej pracowały dwie koleżanki: Tereska Zachariaszowa i Danusia Zalewska. Do nich należało przygotowanie pobranych wycinków i rozmazów do obejrzenia pod mikroskopem. Trwało to kilka dni nim materiał był gotów do obejrzenia. Bardzo serdecznie wspominam najstarszą rejestratorkę, była bardzo oryginalna, kazała mówić do siebie po imieniu, była nauczycielką, potem adiunktem w magistracie, potem trafiła do nas. Już nigdy po Niej żadna z rejestratorek nie wypełniała tak kart chorobowych. Na Jej pisownię patrzyło się z wielką przyjemnością, każda literka była prześlicznie wykaligrafowana. Pani Kama skończyła seminarium nauczycielskie jeszcze przed drugą wojną światową, kiedy uczono sztuki pisania.

Wiele podziwu miała dla dr Janusza Maciejczyka. On nigdy się nie mylił, jego rozpoznanie kliniczne zawsze potwierdzał histopatolog. O panu profesorze Leszku Woźniaku, to już nawet nie trzeba pisać, bo w Łodzi i nie tylko jest doskonale znany, choćby dla tego, że był przez dwie kadencje rektorem Akademii Medycznej. Znałam Profesora tyle lat, ile pracowałam, zawsze uczynny, serdeczny, dowcipny, znany również w świecie rysowników. Oglądałam kiedyś wystawę świetnych karykatur znanych ludzi wykonanych ręką Profesora. Żeby z tych wspomnień nie zrobić listy obecności, to podsumuję, że w tych czasach miałam kontakty w pracy z cichymi boha-

terami z czasów wojny, którzy zupełnie o tym nie mówili, nie chwalili się, czego dokonali, byli serdeczni, życzliwie i my młodszy mieliśmy piękne wzorce do naśladowania. My na najstarszego lekarza mówiliśmy „dziadek” nie „stary”, a teraz dzieci na własnych rodziców mówią „starzy”. W takim określeniu nie wiele jest szacunku i uczucia. Przepraszam za dygresję.

Nasz Ośrodek Onkologiczny w roku 1973 podłączono podziemnym tunelem z nowo wybudowanym gmachem Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. M. Kopernika przy ul. Pabianickiej 62. Od tej pory stanowimy całość. Dyrektorem naczelnym został dr Paweł Dyktyński, zaś dyrektorem Ośrodka Onkologicznego był dr Ryszard Sosiński, a po jego wyjeździe do Warszawy, mianowano dyrektorem ds. onkologii dr Tadeusza Nagańskiego.

Już od roku 1964 sukcesywnie przybywało personelu, nie sposób wszystkich wymienić, ale byli tacy, których długo zachowam w życzliwej pamięci. Oczywiście najbliższe były mi koleżanki, z którymi pracowałam, dla nich najważniejszy był pacjent, często chorzy traktowali nas jak kogoś bliskiego, jak rodzinę, jednym słowem w takiej pracy ludzie musieli być z powołania.

Z czasem coraz mniej było chorych w zaawansowanym stanie procesu nowotworowego, pomogło powszechne ubezpieczenie w 1977 roku wsi, ludzie wcześniej zgłaszali się do lekarzy i wcześniej byli leczeni, poza tym więcej się mówiło i pisało o tej

chorobie. Zawsze wprowadzie na onkologię każdy był przyjmowany bez skierowania i nieodpłatnie, ale ludzie o tym nie wiedzieli, stąd te wizyty o parę lat lub miesięcy spóźnione, bo choroba nowotworowa to nie nagła przypadłość. Ona trwa i rozwija się latami. Teraz już tego co ja widziałam się nie spotyka i całe szczęście, teraz chorzy są leczeni i bardzo wielu jest wyleczonych.

W czasach, kiedy Polska była podzielona na 48 województw do łódzkiego Ośrodka Onkologicznego należało pięć województw i całe miasto Łódź, można sobie wyobrazić ilu ludzi przewinęło się przez przychodnię i szpital. W latach 80. zaczęto organizować w miastach wojewódzkich poradni onkologiczne dla swego regionu, ale były one obsługiwane przez lekarzy-onkologów z Łodzi, dla chorych była to znaczna pomoc, że nie musieli jeździć do odległej Łodzi.

Bardzo dobrym pomysłem było otwarcie pod koniec lat 80. hotelu dla chorych zamiejscowych. Zajęto budynek w pobliżu Ośrodka Onkologicznego, ul. Paderewskiego 13, był to rogowy blok bliźniaczo podobny do reszty szeregowo ustawionych budynków mieszkalnych, tylko nie był to dom zamieszkały przez zwykłych lokatorów, tylko był to utajniony hotel dla prominetów byłych władz PRL, po zmianie rządu blok ten przejęła onkologia. Zatrzymywali się w nim chorzy, którzy nie byli w stanie wracać do domu po serii chemioterapii lub naświetlań, a nie wymagali poza opieką specjalistycznego leczenia. Za hotel nie płacili, mieli zapewnioną opiekę pielęgniarki przez całą dobę, kuchenkę z wyposażeniem do dyspozycji, w razie nagłej potrzeby można było wezwać lekarza ze szpitala. Chorzy bardzo sobie chwalili pobyt w tym hotelu, przebywały tam też matki małych dzieci, które leżały na pododdziale dziecięcym naszego szpitala, oczywiście dnie spędzały z dziećmi, przychodziły tylko na nos. Niestety trwało to zaledwie rok może i nie cały, bardzo szkoda, była to wiel-

ka wygoda dla ludzi ciężko dotkniętych tą groźną chorobą.

Na początku lat 90. m.in. dzięki profesorowi Leszkowi Woźniakowi zorganizowano pierwsze w Łodzi hospicjum, które mieści się w sąsiedztwie Ośrodka Onkologicznego. Pan profesor, mimo niemłodego wieku, ciągle był czynny i normalnie pracował.

Z hospicjum ściśle powiązana była Poradnia Leczenia Bólu, którą wspólnie z bardzo oddanym chorym – dr Józefem Stańczakiem, zorganizowałam. Był to anestezjolog pułkownik z WAM, niestety niedługo służył chorym, również wyjeżdżał do cierpiących do domów, czego nigdy przedtem nie było. Był to wspaniały człowiek, ale i Jęgo zabrakło, zmarł w 2000 roku.

Należy choćby wspomnieć wysokiej klasy specjalistę radiologa dr I. Malską, bez reszty oddanego pacjentkom dr Kuchowicza, chirurga plastyka dr J. Pluta, który jak mógł tak starał się likwidować okaleczenia chorych po rozległych operacjach. Nadal pracuje dr A. Kabzowa, którą nazywałyśmy „Lalunią” (z powodu urody), z której pomocy korzystali nie tylko wszyscy chorzy laryngologicznie, ale i cały personel, ponieważ nigdy nie odmawiała pomocy nikomu.

Przez ponad 50 lat, jakie istnieje onkologia w Łodzi, licząc tylko lata powojenne, to bardzo duży jest postęp w możliwościach leczenia, mamy nie tylko rad, mamy bombę kobaltową, cez i inne źródła promieniowania, dzięki czemu znacznie więcej chorych może być wyleczonych. Ponadto bardzo duży wkład w diagnostykę daje powstały w latach 80. na terenie Ośrodka Onkologicznego Zakład Medycyny Nuklearnej, gdzie wykonuje się bardzo wnikliwe badania np. tomografię komputerową i inne. Wszystko to służy chorym, żeby jak najwcześniej wykryć zmiany i najsukutekniej jak to możliwe wyleczyć każdego, kto tego wymaga.

Maria Dziordzińska
emerytowa pielęgniarka
ośrodka onkologicznego

podziękowania

Bardzo dziękuję
pani
dr Katarzynie
Wiechowskiej-
Modzelewskiej,
pielęgniarce
oddziałowej i całemu
personelowi
pielęgniarskiemu
Oddziału Chorób
Wewnętrznych „B”
I Szpitala Miejskiego
im. E. Sonnenberga,
za troskliwą
i profesjonalną opiekę
oraz wsparcie
w ostatnich godzinach
życia mojej mamy
Alicji Smolarek

córka Elżbieta Glinka

Serdeczne
podziękowania dla
pielęgniarki oddziałowej
pani Wioletty Miras oraz
całego zespołu
pielęgniarek Oddziału
Wewnętrznego Szpitala
im. M. Kopernika w
Łodzi za cudowną
opiekę, szacunek dla
pacjenta, życzliwość
oraz rodzinną
atmosferę.

wdzięczna pacjentka
Helena Kaczyńska

Objaw Raynauda

Objaw Raynauda (łac. *symptoma Raynaud*, ang. *Raynaud's phenomenon*) jest to zaburzenie naczynioruchowe, charakteryzujące się nagłym, dobrze odgraniczonym zblednięciem, następnie zasinieniem i zaczerwienieniem palców rąk, stóp, rzadko nosa oraz małżowin usznych, któremu towarzyszą zdrętwienie i ból, a powstające pod wpływem zimna, emocji lub bez uchwytnej przyczyny.

Objaw Raynauda dzieli się na pierwotny (idiopatyczny), zwany chorobą Raynauda i wtórny, towarzyszący innym chorobom, określany jako zespół Raynauda (tab.1). Większość autorów wątpi w istnienie czystej postaci choroby Raynauda. Objaw Raynauda może wyprzedzać występowanie choroby podstawowej nawet o 20 lat. Dokładne badania i długotrwała obserwacja chorego prowadzą coraz częściej do wykrycia choroby podstawowej, której jedynie zwiastunem jest objaw Raynauda. Wtórne zjawisko towarzyszy najczęściej:

- chorobom tkanki łącznej przebiegającymi ze zwężeniem naczyń,
- chorobom zawodowym (ekspozycja na warunki atmosferyczne, toksyny, np. metale ciężkie czy chlorek winylu, praca z urządzeniami wibracyjnymi, jak i związana z powtarzającymi się mikrourazami dłoni),
- przyjmowaniu niektórych leków (ergotamina, betablokery, klonidyna),
- przebytym urazom w okolicy obojczyka
- oraz innym schorzeniom, np. niedoczynność tarczycy, akromegalia, cukrzyca czy krioglobulinemia.

Częstość występowania objawu Raynauda wynosi 3 – 4 procent populacji, przy czym na obszarach o chłodniejszym klimacie szacuje się jego obecność na około 30 procent. Naj-

częściej stwierdzany jest u młodych dziewcząt z obciążeniem rodzinnym (średnia wieku 14 lat) i u osób z niskim ciśnieniem. Wtórny objaw pojawia się z taką samą częstością u obu płci, zwykle w 3 lub 4 dekadzie życia.

Patogeneza nie jest do końca wyjaśniona. Istotą choroby jest nadmierne skurcz naczyń krwionośnych wywołany zazwyczaj obniżoną temperaturą bądź stresem. W patogenezie postuluje się zwiększoną aktywację receptorów α 1- adrenergicznych lub ich nad-

mierną liczbę w ścianie naczyń krwionośnych. Ponadto sugeruje się udział takich czynników, jak hormony, neuroprzekazniki czy mediatory procesu zapalnego w nadmiernej gotowości do skurczu naczyń krwionośnych.

Do oceny nasilenia objawu Raynauda najczęściej stosowana jest klasyfikacja Taylor-Palmear'a (tab.2). Biorze pod uwagę rozległość, typ i okres pojawiania się objawów, ale opiera się wyłącznie na objawach klinicznych, które w dużej mierze są subiektywne

Tab.1. Różnicowanie choroby i zespołu Raynauda

	Choroba	Zespół
Płeć	kobiety	kobiety i mężczyźni
Wiek	okres młodzieńczy	w każdym wieku
Przebieg	łagodny	postępujący
Zmiany troficzne	rzadkie	częste
Niedrożność tętnic	nie	tak
Zajęcie kończyn	symetryczne	niesymetryczne
Zajęcie palucha	rzadko	często
Migrena	tak	nie
Nadciśnienie tętnicze	nie	tak
Występowanie rodzinne	w 25 proc.	brak

i nie opisują stopnia zaawansowania zmian i nie uwzględniają czasu trwania choroby.

Typowy napad objawu Raynauda przebiega trójfazowo:

1. Faza zblednięcia (white skin) spowodowana skurczem drobnych tętnic i tętniczek oraz niedokrwieniem tkanek. Niedokrwione palce [oprócz kciuka], lub znacznie rzadziej całe ręce bądź stopy są kredowo- lub woskowo

go, pętle stopniowo zwężają się i otwiera się wiele innych pętli.

Kolor zwykle zmienia się podanym porządku, lecz nie jest to regułą. Ponadto wraz z objawem Raynauda mogą pojawić się inne dolegliwości związane z chorobą podstawową. Są to bóle stawowe, chromanie przestankowe, suchość w jamie ustnej, wysychanie śluzówek, trudności w przełykaniu pokarmów. Choroba Raynauda

poznania u osób o wysokim ryzyku rozwoju zespołu Raynauda. Do grupy tej należą: osoby, u których objaw Raynauda pojawił się przed 30 rokiem życia, mężczyźni z objawem Raynauda, chorzy z obecnością zmian troficznych w obrębie opuszek palców, osoby ze zmianami w badaniu kapilaroskopowym, chorzy z objawami układowych chorób tkanki łącznej oraz obecność u chorych przeciwciał, szczególnie przeciwciał reagujących z centromerami lub z rozpuszczalnymi antygenami jądra komórkowego.

Rozpoznanie różnicowe obejmuje akrocyjanozę, erytromegalię.

Większość chorych z pierwotnym objawem Raynauda wymaga jedynie postępowania zapobiegawczego obejmującego:

- ogólną opiekę medyczną i edukację,
 - unikanie środowisk i czynników mogących dodatkowo pobudzać rozwój zespołu Raynauda (np. bezpośredni kontakt z zimnem i wilgocią),
 - unikanie zimna i oraz dbałość o ciepło dotkniętych objawami partii ciała,
 - zakaz spożywania napojów zawierających kofeinę, palenia papierosów, stosowania amfetaminy i kokainy,
 - unikanie stresu,
 - biologiczne sprzężenie zwrotne (biofeedback),
 - ćwiczenia rozluźniające, relaks,
 - usunięcie z listy leków prowokujących skurcze naczyń,
 - zmianę stanowiska pracy w przypadku gdy dolegliwości są z nią związane (choroba wibracyjna, praca w kontakcie ze środkami chemicznymi),
 - dietę bogatą w kwasy omega 3.
- W przypadku rozpoznania zespołu Raynauda kluczowe jest leczenie choroby zasadniczej. U chorych niereagujących na leczenie, a szczególnie tych z zagrażającą martwicą palców, należy rozważyć wykonanie sympatektomii piersiowej (odnerwienie współczulne kończyny górnej).

Tab. 2. Klasyfikacja Taylor-Palmear'a

	Objawy
O	bez mrowienia, drętwienia lub zblednięcia palców
I	zblednięcie jednego lub kilku koniuszków palców z/bez mrowienia lub drętwienia
II	zblednięcie jednego lub kilku palców poza koniuszkiem tylko w okresie zimowym
III	intensywne zblednięcie palców występujące również latem
IV	intensywne zblednięcie większości palców występujące zimą i latem ze zmianami troficznymi na skórze palców

blade. Zblednięciu i ochłodzeniu towarzyszy upośledzenie czucia, ruchy są ograniczone. Stan ten może utrzymywać się od kilku minut do kilku godzin. Włośniczki są skurczone, a ich pętle wąskie są tylko częściowo wypełnione krwią,

2. Faza zasinienia [blue skin] spowodowana nagromadzeniem w splocie podbrodawkowym skóry odtlenowanej krwi żyłnej. Faza sina może trwać różnie długo albo zastępuje fazę zblednięcia w sposób tak szybki, jakby pierwszej fazy nie było wcale. Palce są obrzmiałe, wilgotne i towarzyszy temu uczucie kłucia, pieczenia, szczypania, często silnego bólu. Mogą również wystąpić zaburzenia czucia i drętwienia charakterystyczne dla fazy zblednięcia. Pętle włośniczek są bardzo licznie poszerzone,

3. Faza czynnego przekrwienia (red skin) przebiega z zaczerwienieniem, niewielkim obrzękiem, uczuciem pieczenia skóry i gorąca. Obserwuje się nagły powrót krążenia włośniczkowe-

przebiega zwykle łagodniej niż zespół, w przebiegu którego u niektórych chorych dochodzi do owrzodzeń opuszków palców lub nawet ich martwicy.

Rozpoznanie ustala się na podstawie wywiadu, badań laboratoryjnych (kompletna analiza ilości krwinek, azot mocznikowy we krwi, czas częściowej generacji tromboplastyny, czas protrombinozy, pomiar stężenia glukozy w osoczu i surowicy krwi, pomiar tyreotropiny i opcjonalnie: przeciwciała przeciwjądrowe, gęstość i lepkość surowicy, kinaza keratynowa, czynnik reumatologiczny, analiza metali ciężkich, hormon wzrostu, kwas waniliomigdałowy, katecholamina, metanefryna), i badań dodatkowych (ocena zabarwienia skóry dłoni i palców, obecność tętna i szmerów naczyniowych na tętnicach kończyn górnych, pomiar temperatury palców, badania pletyzmograficzne, badania za pomocą laserowego przepływomierza dopplerowskiego, kapilaroskopia, angiografia). Szczególnie ważne jest ustalenie roz-

mgr JOLANTA KAŁUŻNA

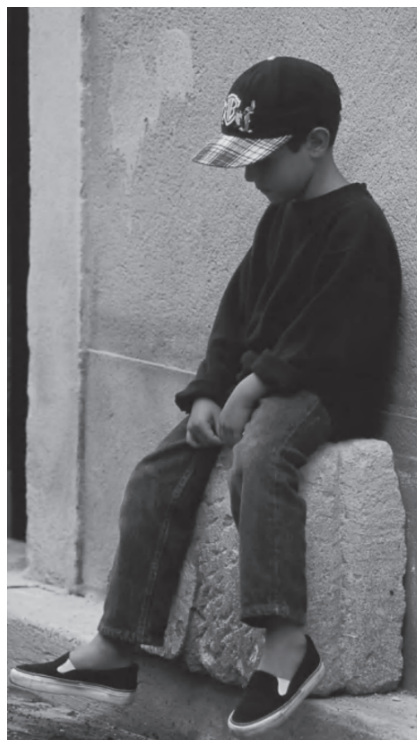
Brak ruchu a zaburzenia psychiczne u dzieci

Szacuje się, że na depresję cierpi aż 28 procent dziesięciolatków, 25 procent trzynastolatków i 28 procent siedemnastolatków. A narkotyki, alkohol i papierosy są coraz częściej traktowane jako sposób na łagodzenie napięć.

Przyczyn narastania coraz większej liczby różnorodnych zaburzeń u dzieci i młodzieży jest dużo np. upadek cenionych wartości, kult pieniądza, słabe więzi rodzinne, brak wzorców i autorytetów, kryzys rodziny, stres wynikający z rywalizacji i koncentracja na osiągnięciach już we wczesnym wieku. Oczywiście przyczyn jest wiele, na niektóre mamy jednostkowy wpływ na inne nie. Jednak na pewną przyczynę, jaką jest aktywność ruchowa, mamy zdecydowany wpływ, a często nie zdajemy sobie sprawy jak ważna jest ona dla rozwoju i zdrowia jednostki. Wiele osób w tym momencie zapyta „Co wspólnego ma ruch z zaburzeniami emocjonalnymi, psychicznymi czy chociażby poznawczymi?” Inni powiedzą, że owszem aktywność ruchowa pozwala odreagować nagromadzone emocje, pomaga w usunięciu stresu, ale poddadzą w wątpliwość, że ruch zapobiega zaburzeniom psychicznym.

Na początek należy przypomnieć, że zdrowie człowieka to zarówno zdrowie fizyczne i psychiczne. Aktywność ruchowa jest znacząca, bo tylko ona jest w stanie skutecznie wspomagać rozwój fizyczny człowieka, a na zasadzie pełnej harmonii także jego rozwój psychiczny i społeczny. Ponadto zależność między procesami psychicznymi a stanem organizmu jest zależnością dwu-

Z badań przeprowadzonych w Krakowie przez prof. Jacka Bombę, wojewódzkiego konsultanta ds. psychiatrii dzieci i młodzieży wynika, że aż jedna trzecia krakowskich nastolatków cierpi na depresję.



stronną, tzn. z jednej strony zły stan zdrowia ma wpływ na rozwój i stan psychiczny, z drugiej zaś przedłużający się np. stan napięcia emocjonalnego, stresu, niepokoju może doprowadzić do zakłóceń w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu. Warto również wspomnieć, że procesy emocjonalne związane są z cechami układu nerwowego, funkcjonowaniem układu endokrynologicznego i ogólnym stanem jego zdrowia. Przykładowo u dzieci chorych i słabych często zauważa się brak równowagi emocjonalnej lub przewagę negatywnych emocji w codziennych reakcjach.

Ruch jest naturalną, fizjologiczną potrzebą człowieka występującą w ciągu całego jego życia, a przejawiającą się przez różne formy aktywności. Aktywność ruchowa w wieku dziecięcym jest ważnym czynnikiem determinującym wszechstronny rozwój organizmu, kształtującym prawidłową postawę ciała, zwinność, gibkość, szybkość, siłę itp. Dodatkowo ruch, którego skutkiem są określone bodźce nerwowe, stanowi czynnik podtrzymujący życie komórki. Pozbawione aktywności ulegają zwyrodnieniu, zatem stąd spadek ogólnej masy mięśniowej, a co za tym idzie obniżenie sprawności fizycznej, przyspieszenie procesów inwolucyjnych, a w konsekwencji przedwczesne starzenie się. Brak ruchu ujemnie wpływa na wentylację płuc i przemianę materii, zmniejsza odporność na zmęczenie i choroby. Rozwój myślenia, podnoszenie poziomu inteligencji dzieci i dorosłych, nie jest możliwy bez odpowiedniego zaopatrzenia mózgu

w tlen. Bez tlenu zamiera inteligencja człowieka. Naukowcy twierdzą, że dzieci w wieku przedszkolnym potrzebują do prawidłowego rozwoju 5 godzin sportowego ruchu dziennie. Młodzieży szkolnej potrzeba co najmniej 2 godzin, pracującym 1 godziny, emerytom i uczniom 2 godzin ruchu dziennie.

Brak ruchu wpływa na zachwianie równowagi podstawowych procesów układu nerwowego oraz na zaburzenia procesów metabolicznych. Co w konsekwencji ma ujemny wpływ na psychikę, zdolność odreagowywania stresów, czy też może przełożyć się na nadmierną wrażliwość, przeczuwanie, niepokój, szybkie męczenie się. Przeobrażenia te są podłożem wielu zjawisk natury psychicznej i społecznej, a w postaci skrajnej uzewnętrzniać się mogą w formie konfliktów dziecka z otoczeniem, konfliktów wewnętrznych, kryzysów, szukania samotności.

To co do tej pory napisałam jest dość powszechną wiedzą, ale warto zdać sobie sprawę, że wiele konkretnych aktywności ruchowych, które mają olbrzymi wpływ na rozwój poznawczy czy emocjonalny człowieka i które jeszcze kilkanaście lat temu były jeszcze dość naturalne i popularne teraz właściwie nie mają miejsca. Często dzieje się tak z nadopiekuńczością rodziców. Dzieci nie biegają, „bo się spocą”, nie wspinają się na drzewa, „bo spadną”, nie raczkują, „bo się ubrudzą”, nie grają w kapsle czy w scyzoryk w piaskownicy, „bo to niebezpieczne”. Często rodzice wolą, aby dziecko spokojne, siedziało w domu i np. zdobywało wiedzę z Internetu. I wcale nie chcę tutaj pisać o negatywnym wpływie komputera czy Internetu - ale podkreślić, że w ten sposób ogranicza się dzieciom możliwość wielu doświadczeń ruchowych, które są kamieniami milowymi w rozwoju.

Przykładowo brak doświadczeń w ruchach naprzemiennych (występujących np. w raczkowaniu) może mieć wpływ na wolniejszy przepływ informacji w mózgu pomiędzy półkulami a to w konsekwencji na np. wolniejsze czytanie, wolniejsze myślenie czy popularną dysleksję. Dlaczego? Prawa

i lewa półkula mózgowa spełniają różne funkcje, a ich sposób funkcjonowania jest odmienny. Prawa półkula – intuicyjna odbiera wrażenia z otaczającego świata, lewa półkula to – analityczno-racjonalna – dzięki niej dziecko doświadczając, ucząc się rozkodowuje informacje i nazywa wrażenia czy emocje. Uczy się tworzyć schematy dzięki, którym może przekazać swoje, myśli, doświadczenia i wiedzę za pomocą pisma, cyfr i znaków graficznych, symboli. Dla prawidłowego uczenia się i funkcjonowania potrzebne są sprawne obie półkule mózgowe i prawidłowa komunikacja między nimi – i właśnie tę komunikację można u sprawić ćwiczając ruchy naprzemiennie.

Ponadto brak raczkowania może przyczynić się do powstania dysgrafii (brzydkie nieczytelne pismo). W jaki sposób? Dłoń, aby móc wykonywać bardzo precyzyjne ruchy manipulacyjne - podobnie jak stopa powinna być wysklepiona, a jak inaczej można to zrobić jeżeli nie chodząc, opierając się na dłoniach.

Niektóre dzieci, mające za mało odpowiednich doświadczeń ruchowych mogą cierpieć na dyspraksję – czyli trudności planowania i wykonywania w prawidłowej sekwencji niewyuczonych, nieuważanych zachowań motorycznych. Dzieci z dyspraksją muszą ciągle myśleć jak zaplanować jakiś ruch, co ogranicza ich sprawność i tempo uczenia się nowych zadań oraz precyzyjne ich wykonanie. Dzieci z dyspraksją są niezgrabne ruchowo, potykają się i często są pobijane. Poruszając się, potrącają przedmioty i osoby. Mogą mieć problemy z pisaniem, rysowaniem, artykulacją – bo często nie wiedzą jak zaplanować ruch ręki, języka itp. Mają trudności w samoobsłudze np. z nauką zapinania i odpinania guzików, suwaków, wiązania sznurowadeł, ubierania i rozbierania się, posługiwania się sztućcami.

Warto też wspomnieć, że bardzo ważna dla prawidłowego funkcjonowania człowieka w środowisku i dla jego rozwoju (np. zdolności matematycznych) jest orientacja w przestrzeni.

Przestrzeni doświadczamy bezpośrednio, gdy na nią patrzymy, ale bardziej gdy się w niej poruszamy. Przykładowo przechodząc z miejsca na miejsce, człowiek zdobywa poczucie kierunku. Poprzez ruch i dotyk dziecko zdobywa wiedzę na temat schematu ciała (wiedza o częściach ciała i wzajemnych relacjach między nimi). Potem poprzez zabawę poznaje relacje przestrzenne. A właśnie kształtowanie podstawowego pojęcia matematycznego – pojęcia liczby – uwarunkowane jest czynnościami orientowania się w przestrzeni: obserwowania przestrzeni, analizowania zależności między jej obiektami, zdolnością tworzenia i uświadamiania sobie układów odniesienia, umiejętnością nazywania relacji, rozumienia werbalnych i pozawerbalnych komunikatów otoczenia.

Dzieci, które mają trudności w spostrzeganiu właściwego położenia przedmiotów w stosunku do własnego ciała, często mylą litery i cyfry o podobnych kształtach lecz inaczej ułożonych w przestrzeni „p-b”, „d-g”, „6-9”. Dodatkowo dzieci te mają duże trudności z odwzorowywaniem figur geometrycznych, mylą kąty rozwarte z ostrymi, opuszczają drobne elementy graficzne, niewłaściwie rozplanowują graficzne symbole literowe i cyfrowe w stosunku do strony zeszytu, źle zapisują cyfry w kolumnach podczas nauki pisemnego dodawania i odejmowania. Nawet proste zadania jak „odrysowanie rysunku z tablicy” okazują się dla dziecka trudne.

Dziecko, które doświadcza opisanych trudności, nie mogąc odnieść sukcesu w nauce często odczuwa frustrację, stres, to obniża jego poczucie własnej wartości, a następnie może przerodzić się w niechęć w chodzeniu do szkoły, wagary, czy sięganie po narkotyki itp. Ponadto dzieci mogą stać się obiektem drwin, wyzwisk i dowcipów kolegów, co może spowodować depresję, izolację, czy zaburzenia rozwoju społecznego.

mgr Jolanta Kałużna
psycholog

Depressio

CZ. 1

Depressio czyli obniżenie nastroju. Może być wywołane konkretną ciężką sytuacją życiową, może też być objawem choroby. Może mieć różne nasilenie: od przygnębienia, niezadowolenia z siebie i otoczenia, braku zainteresowań (depresja nerwicowa), po urojenia, zahamowania psychoruchowe, tendencje i udane zamachy samobójcze (depresja psychotyczna).

Depresja może być objawem np. alkoholizmu, nerwicy, choroby afektywnej dwubiegunowej. Często spotykamy się z depresją, w której nie występuje spowolnienie ruchowe ani obniżony nastrój, ale na pierwszy plan wysuwają się objawy somatyczne np. ból głowy, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, serca, bezsenność. Niekiedy objawy te występują cyklicznie, dotyczy to depresji maniakalnej.

Zjawisko depresji dotyczy 1 miliona chorych rocznie, co stanowi częstość występowania na poziomie od 6 do 10 procent (częściej kobiety od 25 do 44 roku życia).

Trzeba zaznaczyć, że wzrasta liczba rozpoznanej depresji u mężczyzn. Dzieci i młodzież stanowią 0,5 procent populacji, z czego u młodzieży jest problemem 2 – 6 procent. Leczonych w szpitalu (z objawami somatycznymi) jest 20 – 30 procent.

Typy depresji: epizodyczna, endogenna, egzogenna, przewlekła, psychotyczna, zaburzenia depresyjne nawracające.

Depresja (choroba afektywna jednobiegunowa)

Musi charakteryzować się objawami z poszczególnych grup:

1. Objawy emocjonalne:
 - obniżony nastrój (smutek, lęk,

płacz, utrata radości życia),

- zniecierpliwienie, drażliwość.

2. Objawy poznawcze:

- negatywny obraz siebie, obniżona samoocena, pesymizm,
- urojenia depresyjne.

3. Objawy motywacyjne:

- problemy z mobilizacją do działania (spowolnienie psychoruchowe),
- trudności z podejmowaniem decyzji.

4. Objawy somatyczne:

- zaburzenia rytmu snu i czuwania,
- utrata apetytu (lub wzmożenie),
- osłabienie, zmęczenie,
- bóle i złe samopoczucie fizyczne,
- myśli samobójcze.

Kryteria diagnostyczne

Do oceny nasilenia zespołów depresyjnych służą:

- skala Montgomery-Asberg,
- skala depresji Hamiltona,
- skala depresji Becka.

Kryteria diagnostyczne rozpoznawania depresji dużej to występowanie minimum 5 objawów przez dwa tygodnie i stanowiące istotną zmianę w zachowaniu człowieka, w tym obniżenie nastroju, utrata zainteresowań, brak zdolności odczuwania przyjemności. Inne objawy:

- spadek lub wzrost masy ciała,
- bezsenność lub nadmierna senność,

- spowolnienie lub podniecenie ruchowe,

- uczucie zmęczenia,
- poczucie nieuzasadnionej winy, obniżenie własnej wartości,
- zaburzenia uwagi i koncentracji,
- myśli o śmierci, myśli samobójcze (realizowane bądź nie).

Kryteria wykluczenia

- istnienie somatycznych lub organicznych czynników, które mogą wpłynąć na nastrój,
- reakcja na ciężkie przeżycie,
- brak urojeń przed, w trakcie lub po czasie pojawienia się zaburzeń przez okres 2 tygodni.

Wśród depresji obserwujemy 25 procent epizodów, które trwają krócej niż 1 miesiąc, 50 procent ustępuje przed upływem 3 miesięcy, 75 procent chorych zachoruje ponownie w ciągu 2 lat od ostatniego epizodu.

Przyczyny i czynniki zwiększające ryzyko depresji

Przyczyny stanowią ogólnie zaburzenia podstawowych procesów psychicznych, biochemicznych, społecznych w rozwoju człowieka.

Prawidłowe funkcjonowanie mózgu zależy od poprawnego współdziałania substancji chemicznych zwanych mediatorami. Najmniejsza zmiana w takim mediatorze może być przyczyną

depresji lub powstania predyspozycji depresji. Mamy trzy zasadnicze mediatorzy:

- serotonina: hormon żołądka, kontroluje nastrój i stan świadomości, działa przeciwdepresyjnie,
- noradrenalina: pokrewna adrenaliny, wydzielana przez komórki nerwowe, popularnie zwana hormonem „walcz i uciekaj”,
- dopamina: substancja podobna do hormonów, jej brak lub nadmiar prowadzi do schizofrenii, choroby Parkinsona i depresji.

Kilkanaście lat temu sądzono, że powodem depresji jest obniżenie serotoniny, noradrenaliny i dopaminy w mózgu. Obecnie naukowcy uważają, że depresja jest bardziej skomplikowana. Związana jest często z wieloma czynnikami społecznymi:

- samotność, izolacja,
- przewlekła choroba, chroniczny ból,
- kłopoty finansowe, bezrobocie,
- śmierć bliskiej osoby,
- rozwód,
- przemoc seksualna, emocjonalna, fizyczna,
- udział w katastrofie, wojnie, w wypadku,
- operacja.

Czynniki psychologiczne mówią, że depresja ma źródło w nierozwiązanych konfliktach z przeszłości, u osób chorych występują deficyty w zakresie samoobserwacji, samowzmacniania, przyswojone mają nieadopcyjne wzory reagowania oraz niski poziom zewnętrznych wzmocnień.

Inne przyczyny to:

- zmiany hormonalne (depresja poporodowa),
- czynniki fizjologiczne np. niedoczynność tarczycy, anemia, guz mózgu, rak trzustki, SM, grypa, zapalenie mózgu i zwykłe przeziębienie.

Czynniki te obniżają nastrój człowieka, ponieważ zachwiane są procesy chemiczne w mózgu. Stosowanie niektórych leków (Valium, tabletki nasenne, środki uspakajające) – zaburzenia pojawiają się przy długim stosowaniu.

Depresja przedmiesiączkowa? Tak zwany zespół napięcia przedmiesiącz-

kowego, tuż przed okresem odczuwamy obniżony nastrój i spadek zainteresowania jakkolwiek działalnością.

Do czynników zwiększających ryzyko depresji możemy zaliczyć m.in.: nadużywanie środków psychoaktywnych, płęć (u kobiet częściej ze względu na połóg, przełomy biologiczne), choroby przewlekłe związane z bólem, cechy osobowości, wydarzenia życiowe.

Następstwa depresji w życiu osobistym:

- podwyższone ryzyko samobójstwa (18 procent usiłuje, 15 procent dokonuje skutecznego zamachu),
- kryzys małżeński,
- zmniejszenie wydajności pracy,
- ograniczenia życia codziennego.

Następstwa depresji dla systemu opieki:

- koszty bezpośrednie (diagnozowanie i leczenie) 3 razy częściej zgłaszają się do lekarza, 2/3 pacjentów zgłaszało się częściej niż 6 razy w roku z różnymi dolegliwościami fizycznymi, chorzy na depresję spędzają w łóżku więcej czasu niż chorzy z nadciśnieniem, cukrzycą, zapaleniem stawów,
- koszty pośrednie ponoszone przez pracodawców i społeczeństwo.

Depresja u dzieci

Depresja została umiejscowiona na 4 miejscu wśród 150 zaburzeń zdrowotnych na świecie. Ogólne pojęcie o depresji mają wszyscy, o tej występującej u dzieci i młodzieży tylko nieliczni. W większości przypadków depresja przypada osobom w wieku dojrzłym, częstotliwość wzrasta w wieku dojrzewania. Objawy depresji u dzieci różnią się znacznie od tych występujących u dorosłych. Symptomy zależą od osiągniętego wieku i wieku rozwojowego osoby. Zjawisko to, kiedyś dość rzadko występujące, dziś nasilające się. Depresję u dzieci należy leczyć, a wcześniej zapobiegać, gdyż nawet okresy lekkiej mogą zapowiadać poważną depresję w wieku dojrzłym.

W ciągu ostatnich lat nastąpił wzrost zaburzeń depresyjnych u dzieci oraz obniżył się wiek, w którym

można stwierdzić pojawienie się depresji. Dzieci cierpiące na depresję nie są w stanie przystosować się do bólu, smutku, przygnębienia, dlatego starają się pozbyć siebie tych stanów emocjonalnych i jednocześnie pozbawiają się innych stanów emocjonalnych mogących zrównoważyć przeżywany ból, a co za tym idzie nie potrafią adekwatnie reagować na codzienne wydarzenia losowe.

Kompleksowość depresji dziecięcej związana jest z występowaniem takich symptomów, jak: zaburzenia emocji, nastroju, zaburzenia psychomotoryczne, zaburzenia witalności, energii życiowej dziecka, zaburzenia w regulacji agresji (wzmoczona agresywność) jak również kontroli emocji.

Obraz kliniczny depresji dziecięcej różni się od symptomów specyficznych dla depresji dorosłych. O depresji u dzieci świadczy obecność następujących objawów osiowych:

1. Dystroficzny nastrój.

Obniżonemu nastrojowi dziecka towarzyszy poczucie smutku, samotność, poczucie bycia nieszczęśliwym, poczucie beznadziejności i (bądź) pesymizmu. U dziecka występuje zmienność nastrojów, irytacja, płaczliwość a także niezdolność do przeżywania radości. Jednak nie u wszystkich dzieci z diagnozą depresji obserwuje się obniżenie nastroju.

2. Samoobwinianie się.

Dziecko ma poczucie bezwartościowości, bezużyteczności, czuje się nieatrakcyjne, głupie. Odczuwa, że jest prześladowane. Może pojawić się pragnienie śmierci bądź pragnienie ucieczki z domu (ewentualnie chęć pozostawania w domu), dziecko ma myśli samobójcze.

Dodatkowo powinno się stwierdzić występowanie dwóch lub więcej objawów dodatkowych:

- zachowania agresywne, zaczepne (trudności w radzeniu sobie, kłótniowość),

- obniżenie poziomu uspołecznienia (nie uczestniczenie w aktywności grupy rówieśniczej, wycofywanie się z kontaktów społecznych, utrata przyjaciół, dotychczasowych zaintereso-

wań, nie czerpanie radości z aktywności szkolnej, absencja na zajęciach szkolnych),

– pogorszenie wyników w nauce wraz ze zmianą postaw wobec szkoły (marzenia na jawie, trudności w koncentracji, zaburzenia pamięci, utrata zainteresowania przedmiotami szkolnymi, aktywnością pozaszkolną),

– zaburzenia snu,
– dolegliwości somatyczne (ból głowy, brzucha, mięśni, inne dolegliwości fizyczne),

– utrata energii (utrata zainteresowania tym, co dotychczas było przedmiotem troski, męczliwość),

– zmiany apetytu i wagi ciała.

Chociaż w większości przypadków depresja występuje wśród ludzi we wczesnych i średnich latach wieku dorosłego, to jednak jej częstotliwość zdecydowanie wzrasta w wieku dojrzewania. Właśnie w tym okresie ujawniają się zależne od rodzaju płci różnice w częstotliwości pojawiania się tego zaburzenia.

Potwierdzają to badania, które wykazują ilościowy wzrost depresji u młodzieży (u dzieci 0,4 do 2,5 procent populacji, u nastolatków od 5 do 10 procent) przy tym dwukrotnie częściej u dziewcząt niż u chłopców. Znaczenie ma konfrontacja własnych możliwości z oczekiwaniami samego dorastającego, jego rodziny i najbliższego otoczenia jak również niepewność czy sprawdzi się on w roli osoby dorosłej. Depresja powoduje głębokie zakłócenia funkcji psychicznych i fizycznych. Jej objawy występujące u młodzieży dość łatwo przeoczyć, ponieważ często maskowane są one drażliwością oraz agresją.

Zaburzenia depresyjne niespełniające kryteriów diagnostycznych zarówno depresji wielkiej jak i nerwicowej diagnozowane są u dzieci, które cierpią na chroniczne zaburzenia nastroju, manifestują w zachowaniu symptomy depresyjne, lecz okres funkcjonowania jest dłuższy niż pięć miesięcy.

Bezpośrednią lub pośrednią przyczyną depresji dziecka mogą być choroby somatyczne, np. choroby narządów mięsaszowych, choroby układowe,

infekcje przewlekłe i wirusowe, nowotwory, zaburzenia hormonalne, nadczynność i niedoczynność tarczycy, cukrzyca, padaczka skroniowa, anemia złośliwa, schorzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Do symptomów depresji dzieci i młodzieży można zaliczyć:

– nastrój: depresyjny nastrój, niezdolność do odczuwania przyjemności, irytacja, lęk, obawa,

– zachowanie: pobudzenie lub opóźnienie reakcji psychomotorycznych, ośpienie depresyjne,

– związki: rozpad więzi rodzinnych, wycofanie się ze związków rówieśniczych, słabe wyniki w nauce,

– stan somatyczny: zmęczenie, zaburzenie snu, ból, utrata apetytu lub nadmierny apetyt, zmiany nastroju w ciągu dnia (rano gorsze),

– zdolności poznawcze: negatywna ocena siebie, świata, przyszłości, zwiększone poczucie winy, myśli samobójcze, niemożność koncentracji, nieumiejętność podejmowania decyzji,

– percepcja: skupienie na negatywnych aspektach sytuacji.

Często dziecięcej depresji towarzyszą:

– fobia szkolna z zachowaniami unikającymi (71 procent dzieci z diagnozą depresji manifestuje trudności w funkcjonowaniu szkolnym),

– zaburzenia zachowania (łącznie występowanie symptomów depresji i zaburzeń zachowania w przyszłości prognozuje uzależnienie od alkoholu i narkotyków, przestępczość),

– nasilony lęk separacyjny,

– trudności w funkcjonowaniu społecznym (odrzućenie przez rówieśników jest szczególnie prawdopodobne, kiedy depresja współwystępuje z agresją i zaburzeniami zachowania dziecka).

Istnieje wiele koncepcji interpretujących przyczyny pojawienia się depresji:

Według koncepcji psychoanalitycznej depresja jest wynikiem deprywacji potrzeb emocjonalnych dziecka w związku z zaburzeniami relacji dziecko – matka, a także ponoszonych strat rzeczywistych lub symbolicznych

(np. strata bliskiej osoby, zdrowia, poczucia własnej wartości).

Według teorii negatywnych schematów i zniekształceń poznawczych Becka przyczyną depresji są wyuczone w dzieciństwie schematy poznawcze, będące rezultatem traumatycznych przeżyć, negatywnych doświadczeń (izolacja, odrzućenie), ocen (krytyka przez osoby znaczące), naśladownictwa (depresyjni rodzice).

Model psychospołeczny – depresja jest wynikiem interakcji okoliczności zewnętrznych i podmiotowych oraz: zasobów osobistych (umiejętności społeczne, zdolność rozwiązywania problemów), zasobów środowiskowych (brak wsparcia rodziny, znajomych), poznawczych reakcji oceniających stres i działań mających na celu radzenie sobie ze stresem (poszukiwanie rady, pomoc przed podjęciem jakiegokolwiek działania). U wielu dzieci z nerwicą depresyjną stwierdza się obecność znacznego stresu związanego ze środowiskiem, najczęściej zależnego od napięć lub zaburzeń rodzinnych. Autorzy mówią o erozji rodziny, podwoiła się liczba rozwodów, drastycznie zmalał czas, który rodzice poświęcają dzieciom, zwiększyła się mobilność społeczna. Utrata tych źródeł będących stałymi punktami odniesienia przy określaniu własnej tożsamości oznacza większą podatność na depresję. Jedną z przyczyn może być także śmierć lub odejście rodzica bądź utrata pracy przez któregoś z rodziców. Istotny wpływ na także stan poważnej depresji lub innej psychozy jednego z rodziców, jak schorzenie nerwicowe rodzica. Dziecko może również stwierdzić, że nie jest w stanie sprostać wymaganiom i oczekiwaniom rodzica, na przykład w zakresie nauki szkolnej. Może tu wchodzić w grę choroba somatyczna u kogokolwiek z rodziny (łącznie z chorobą u siebie samego). Zagrożenie utraty kogoś z rodziców szczególnie łatwo może wywołać niepokój i depresję. Podobny skutek może mieć dysharmonia między rodzicami.

Obecność w obrazie klinicznym depresji dziecięcej innych towarzyszą-

cych depresji symptomów (lęki, trudności szkolnych, zaburzeń zachowania) sugeruje, że depresja u dzieci jest zjawiskiem kompleksowym, co może utrudniać diagnozę.

Zbyt późne lub niewłaściwe rozpoznanie objawów depresji u osób dorastających jest szalenie ryzykowne, ze względu na jej możliwe następstwa, jakimi są m.in. samobójstwa oraz próby samobójcze. Wyniki badań jednoznacznie wskazują, iż liczba tego rodzaju następstw podnosi się z roku na rok. Szczególnie u młodych dziewcząt udane jak i nieudane próby samobójcze spowodowane są występującą depresją.

Statystyki WHO wykazują, że samobójstwo zajmuje trzecie miejsce wśród przyczyn śmierci osób między 15 a 24 rokiem życia oraz czwarte między 10 a 14 rokiem życia. Celowe odebranie sobie życia w młodości zazwyczaj nie jest popełniane pod wpływem nagłego impulsu, lecz stanowi zwińczenie okresu zarówno wewnętrznej jak i zewnętrznej udręki. Większość młodych ofiar samobójstwa opisywała je lub rozmawiała o nim z innymi, dlatego tak ważne jest, aby uważnie słuchać i obserwować osobę zamierzającą odebrać sobie życie oraz jeśli to konieczne – podjąć szybką interwencję.

Okres dorastania niesie ze sobą liczne zagrożenia, wynikające zarówno z psychologicznych konsekwencji zmian hormonalnych, trudności pojawiających się w określeniu swojej zmieniającej się tożsamości, jak również z poszukiwań własnego miejsca w społecznie różnych relacjach i kontekstach społecznych. Jednym z tych zagrożeń są zaburzenia emocjonalne, do których zaliczana jest depresja. Do niedawna w odniesieniu do dzieci i młodzieży była ona traktowana jako reakcja na stratę lub deprivację potrzeb. Obecnie, także w odniesieniu do tego okresu życia, ujmuje się ją jako zaburzenie uwarunkowane wieloczynnikowo. Pisząc o depresji trzeba wspomnieć o czynnikach ochronnych, które mogą być narzędziem w walce z depresją.

Osobiste czynniki ochronne:

- biologiczne (dobry stan zdrowia, regularne ćwiczenia fizyczne),
- psychologiczne (wysoki poziom inteligencji, temperament, wysokie poczucie własnej wartości, optymistyczny styl, dojrzałe mechanizmy obronne)

Zewnętrzne czynniki ochronne:

Rodzina i najbliżsi – związki oparte na poczuciu bezpieczeństwa, dobra komunikacja, elastyczna organizacja rodziny, niski poziom stresu w rodzinie, dobre warunki społeczno-ekonomiczne.

Jak leczyć depresję?

W leczeniu depresji wykorzystuje się zarówno konwencjonalne jak i naturalne metody terapii. Medycyna konwencjonalna wykorzystuje:

1. Farmakoterapię (naprawia zaburzenia biologiczne). Długotrwałe podawanie leków polega na stałej kompensacji następstw biologicznego defektu związanego z chorobą oraz na zapobieganiu jego nagłej dekomensacji np. pod wpływem stresu.

2. Terapię elektrowstrząsami.

3. Psychoterapię.

Psychoterapia jest podstawową metodą leczenia chorych z zespołami behawioralnymi, związanymi z zaburzeniami fizjologicznymi i posttraumatycznym stresem. Jako metoda pomocnicza jest częścią kompleksowego leczenia uzależnień, ostrych i przewlekłych psychoz, zaburzeń afektywnych, chorób somatycznych.

Przy łagodniej depresji dobrze działają zalecenia medycyny naturalnej: terapie ziołowe, akupunktura, akupresura, masaże. Natomiast w przypadku depresji sezonowej najskuteczniejszą formą leczenia jest fototerapia (terapia świetlna), która składa się z kilkunastu (10 – 14) seansów naświetleniowych.

Należy szczególnie zwrócić uwagę na ogromną rolę rodziny dla właściwego rozwoju psychicznego dziecka. Nieprawidłowo funkcjonująca rodzina może patologizować rozwój dziecka poprzez:

- nie zapewnienie dziecku odpowiedniej liczby doznań koniecznych do zaspokojenia potrzeb emocjonalnych,

– hamowanie w dziecku potrzeby wyrażania i odbierania emocji, zniechęcanie do reagowania,

– brak wyraźnego modelu rozwojowego (osoba, z którą dziecko mogłoby się wzorować), dostarczanie wzorców zachowań nie pozwalających na przystosowanie się do zachodzących zmian.

Nieprzyjazne środowisko może kształtować niską samoocenę dziecka, powodować rozwój cech osobowości zależnej, co sprzyja rozwojowi zaburzeń depresyjnych. Dlatego w leczeniu dzieci, u których została zdiagnozowana depresja, należy włączyć rodzinę (poradnictwo, psychoterapia, terapia rodzinna) oraz środowisko rówieśnicze, szkolne dziecka (socjoterapia). Nauczenie dzieci bardziej konstruktywnych metod patrzenia na piętrzące się przed nimi trudności obniża ryzyko pograżenia się w depresję (kształtowanie umiejętności przeciwstawiania się depresyjnym schematom myślowym, sposobów zawierania przyjaźni, poprawa relacji z rodzicami, angażowanie się w działania społeczne sprawiające dziecku przyjemność. U ponad połowy ludzi cierpiących na depresję, choroba ta nigdy nie zostaje zdiagnozowana. A brak jej leczenia może stanowić realne zagrożenie dla życia.

Ranga depresji ciągle wzrasta przy niedostatecznej sieci usług psychologicznych, niedostatecznej ilości poradni zdrowia psychicznego i psychiatrów dziecięcych (źródła podają 100 – 220 lekarzy a potrzeba jeszcze raz tylu).

Aby realnie oszacować skalę problemu, należałoby obliczyć koszty ekonomiczne leczenia chorych z depresją. Jak dotąd w Polsce nikt nie podjął się takiego zadania. A szkoda.

Literatura u Autorki

Podziękowania dla pani Barbary Wiśniewskiej – dr n. medycznych, specjalistki psychologii klinicznej, kierownika Samodzielnej Pracowni Psychologii i Klinicznej Instytutu CZMP za rozmowę i udostępnione materiały.

Do Ciebie Matko spieszymy...

Stało się już tradycją, że w czwartą sobotę maja środowisko służby zdrowia śpieszy na Jasną Górę, by tam powierzyć się opiece Czarnej Madonny. Zgromadzimy się u stóp Matki Miłosierdzia dotknięcie krzyżem tragedii narodowej. Powierzmy Jej swoje troski, ból, cierpienie, osamotnienie, niespełnione nadzieje, obawy o dalsze jutro...

Matko, pomóż nam zrozumieć znaki czasu, pomóż nam zrozumieć, co chce nam powiedzieć Twój Syn, pomóż nam zrozumieć sens cierpienia.

Matko wszystkich nas, pochyl się nad każdym z nas.

Matko pocieszenia, szczerą daj nam skruchę.

Uproś nam u Syna łaskę i otuchę.

Ucz nas szukać Bożej woli w każdej sprawie, w każdej doli i na straży „stój” sumienia.

Święta Matko Pocieszenia!

Nie opuszczaj nas!

Informacje:

W sobotę 22 maja o godz. 12.00 z Placu Wolności odjedzie autokar z pracownikami służby zdrowia do Częstochowy. Na pielgrzymkę zaprasza duszpasterstwo służby zdrowia. Zgłoszenia kierować do asystenta kościelnego ks. Pawła Sudowskiego pod nr telefonu 042 630 15 60

Barbara Jagas – członek Zarządu KSPIPP, pielęgniarka w Przychodni nr 41 w Łodzi

koło emerytek

Spacer po Łodzi

ZDZISŁAWA KULESZA

W dniu 5 marca 2010 roku Jerzy Pisarkiewicz zaprosił nas na zwiedzanie Pałacu Bidermannów i parku Helenów. O godzinie 13.15 zebrała się liczna grupa naszych koleżanek jak również inni uczestnicy.

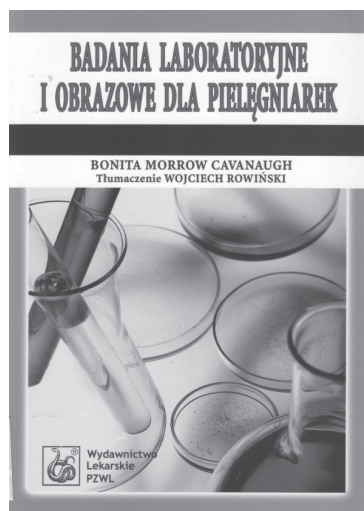
Pałac Alfreda Bidermanna wybudowano przy ul. Franciszkańskiej 1/3 krótko przed wybuchem I wojny światowej. Uniwersytet Łódzki przejął budynek w 1998 roku za symboliczną złotówkę (100 tysięcy złotych) od Urzędu Miasta i oddanie nieruchomości przy ul. Pomorskiej 11. Remont trwał od 2003 roku a jego koszt wyniósł 6,5 miliona złotych. W pałacu mają zajęcia studenci kulturoznawstwa i historii sztuki oraz mieści się Muzeum UŁ. Bardzo interesującą prelekcję na temat historii rodziny Bidermannów i pałacu przedstawił nam pan dr Dariusz Klemantowicz – kustosz Muzeum. Zwiedziliśmy kilka sal pięknie odrestaurowanych i wyposażonych a następnie obejrzelśmy bogate zbiory Archiwum i Muzeum. Przedstawiają one dziedzictwo Łodzi i Polski ukazując historię UŁ, jej pierwszych rektorów, wykładowców i studentów. Zwiedzanie Muzeum jest możliwe po uprzednim telefonicznym umówieniu się – zachęcam gorąco wszystkie koleżanki do obejrzenia tego pięknego obiektu.

Następnym etapem naszej wycieczki miało być zwiedzanie Helenowa. Ulicą Północną doszliśmy do bramy wjazdowej do parku, wysłuchaliśmy historii tego terenu.

Aura, jaka zapanowała w powietrzu ośnieżyła nas i oziębła tak, że zrezygnowaliśmy z dalszej wędrowki po parku.

„...Wiedza o charakterze pielęgniarki jest równie ważna jak wiedza, jaką ona posiada...”

autor nieznany



Badania laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek

**Bonita Morrow
Wojciech Rowiński**

Wyd. Lekarskie

2006

W podręczniku zawarto informacje niezbędne do prawidłowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem, u którego wykonywane są badania laboratoryjne oraz testy diagnostyczne, powszechnie stosowane w codziennej praktyce klinicznej. Książkę podzielono na dwie części. W części pierwszej przedstawiono najważniejsze testy i badania laboratoryjne, m.in. hematologiczne, dotyczące układu immunologicznego, analiz biochemicznych krwi, moczu, płynu mózgowo-rdzeniowego. W części drugiej omówiono powszechnie wykonywane procedury diagnostyczne, np. badania endoskopowe, radiologiczne, ultrasonograficzne, z wykorzystaniem izotopów, tomografii komputerowej oraz testów skórnych. Pięć dodatkowych rozdziałów zawiera natomiast informacje o zasadach prawidłowego uzyskiwania różnego typu próbek krwi i moczu, a także izolacji chorych w szpitalu i planowania postępowania pielęgniarskiego w stosunku do pacjentów, u których będą wykonywane badania diagnostyczne. Atutami podręcznika są:

- przejrzysty i zrozumiały układ materiału,
- połączenie teorii z praktycznym zastosowaniem każdego z badań,
- liczne tabele i rysunki uzupełniające tekst,
- szczegółowy skorowidz umożliwiający szybkie odnalezienie potrzebnych informacji.

W spisie treści zawarto m.in.:

badania laboratoryjne, hematologia i badania hematopoezy, hemostaza i testy oceniające funkcje hemostatyczne, immunologia i badania immunologiczne, immunoematologia i przechowywanie preparatów krwi, badania biochemiczne krwi, badanie moczu, badanie plwociny, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, badanie płynów wysiękowych, badanie płynu owodniowego, analiza nasienia, badanie soku żołądkowego i treści dwunastniczej, badanie kału, badania komórek i tkanek, posiewy i badanie wrażliwości drobnoustrojów

badania i zabiegi diagnostyczne, badania endoskopowe, badania radiologiczne, badania endoskopowe, badania radiologiczne, badania angiograficzne, badania ultrasonograficzne, badania izotopowe i badania laboratoryjne, badania obrazowe bez stosowania izotopów, badania manometryczne, badania elektrofizjologiczne, badania swoistych organów i układów oraz testy skórne.

Publikacja przeznaczona jest dla studentów studiów pielęgniarskich wszystkich typów. Szeroki zakres omawianych problemów sprawia, że będzie ona również bardzo przydatna w kształceniu podyplomowym na różnego rodzaju kursach specjalistycznych.

główny specjalista ds. merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska