

ISSN 1640-7679

# Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

9-10/2022



**1-31 październik**  
**Miesiąc**  
**Świadomości**  
**Raka Piersi**

**Opinie konsultanta**  
**w dziedzinie**  
**pielęgniarstwa**  
**anestezjologicznego**

**4**

**Zmiana umowy o pracę**

**8**

**Światowy Dzień Zdrowia**  
**Psychicznego**

**10**

**IV Śląskie Dni**  
**Medycyny Stanów**  
**Nagłych**

**20**

# 15 PAŹDZIERNIKA – ŚWIATOWY DZIEŃ MYCIA RĄK

Światowy Dzień Mycia Rąk został ustanowiony przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) w 2008 roku, aby podkreślić ogromne znaczenie mycia rąk wodą i mydłem. To jedna z najbardziej efektywnych i dostępnych metod profilaktyki wielu groźnych chorób. Na skórze rąk są dwie warstwy mikroflory: pierwsza jest właściwą fizjologiczną florą, która z człowiekiem jest na stałe i ona właśnie zapewnia nam prawidłowe funkcjonowanie skóry, drugą grupą jest mikroflora, którą nabywamy poprzez kontakt ze środowiskiem, jest ona dla nas „obca”, a znajdujące się w jej składzie drobnoustroje są chorobotwórcze. Na 1 cm<sup>2</sup> naszych dłoni może znajdować się nawet 5 milionów bakterii. Według badań tylko 50% mężczyzn i 75% kobiet myje ręce po opuszczeniu toalety. Tymczasem – jak wynika z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), niemal 70% zakażeń i zatruc to efekt brudnych rąk! Przeprowadzone badania wykazały, że aż 95% ludzi nie myje rąk pod bieżącą wodą wystarczająco długo – średni czas to 6 sekund. Tymczasem mycie rąk wodą z mydłem przez 15 sekund redukuje liczbę bakterii już o około 90%, natomiast kolejne 15 sekund usuwa całkowicie drobnoustroje, które mogą być przyczyną chorób. Według wytycznych WHO ta czynność powinna trwać około minuty. Tyle czasu potrzeba, aby drobnoustroje i wirusy zostały dokładnie sptukane – 30 sekund to absolutne minimum, które powinniśmy poświęcić na higienę dłoni

Brudne ręce są także przyczyną 70–90% zakażeń szpitalnych. Szacuje się, że dziesięć tysięcy Polaków rocznie umiera z powodu zakażeń szpitalnych – najczęściej w wyniku drobnoustrojów przenoszonych na rękach lekarzy i pielęgniarek. To więcej niż ginie w wypadkach samochodowych.

Higiena rąk jest najważniejszym elementem strategii walki z zakażeniami związanymi z opieką zdrowotną. Obecna sytuacja epidemiologiczna związana z pandemią COVID-19 zaowocowała zwiększeniem ogólnoświatowej świadomości w zakresie higieny i sposobu mycia rąk. To jedno z najskuteczniejszych działań ograniczających rozprzestrzenianie się patogenów i zapobiegających infekcjom, w tym wirusowi SARS-CoV-2.

Pamiętajmy, że mycie rąk to bardzo ważna czynność, sprzyjająca zachowaniu zdrowia, które jest najwyższą wartością w życiu każdego człowieka.

## Jak skutecznie myć ręce?



**1** Zwilż ręce ciepłą wodą. Natóż mydło w płynie w zagłębienie dłoni.



**2** Namydł obydwie wewnętrzne powierzchnie dłoni.



**3** Spleć palce i namydł je.



**4** Namydł kciuk jednej dłoni drugą ręką i na przemian.



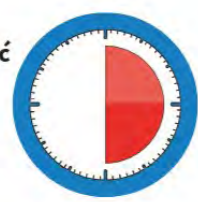
**5** Namydł wierzch jednej dłoni wnętrzem drugiej dłoni i na przemian.



**6** Namydł obydwa nadgarstki.



**7** Sptucz starannie dłonie, żeby usunąć mydło. Wyszusz je starannie.



**Całkowity czas: 30 sekund**

**Nie zapomnij umyć tych obszarów:**



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

Agnieszka Kałużna

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

Halina Gmaj-Budziarek

Skarbnik ORPiP w Łodzi

Maria Kołatek

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Małgorzata Pniak

dyżuruje w II i IV wtorek miesiąca

w godz. 13.00–15.00

tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

Edyta Ziemkiewicz

dyżuruje w I i III czwartek miesiąca

w godz. 15.00–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

Joanna Gąsiorowska

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź

tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74

czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;

poniedziałek – dzień bez interesantów

www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

– przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym

Konto bieżące OIPIP

Santander Bank Polska SA, ul. Sienkiewicza 24, 11 Oddział w Łodzi

20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Prawo wykonywania zawodu

poniedziałek: dzień bez interesantów; wtorek: 10.00–17.45

środa, czwartek 8.00–15.45; piątek: dzień bez interesantów

tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00

tel. 42 639 92 62

Biblioteka OIPIP

poniedziałek, środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;

wtorek: 10.00–18.00

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00

tel. 42 633 23 94

Radca prawny

wtorek: 11.00–17.00, środa: 11.00–15.00, czwartek: 11.00–15.00

tel. 42 633 71 06

Kasa

poniedziałek: nieczynna

wtorek: 12.00–17.00; środa: 8.30–12.00, czwartek: 12.00–15.00;

piątek: nieczynna

tel. 42 639 92 76

## W NUMERZE:

### 2 SERWIS INFORMACYJNY

Z prac Okręgowej Rady  
Konsultant odpowiada  
Komunikaty

### 8 DZIAŁ PRAWNY

Zmiana umowy o pracę

### 10 TEMAT MIESIĄCA

Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego

### 12 PRAKTYKA ZAWODOWA

Psychologiczne i fizjologiczne  
aspekty seksualności kobiet w ciąży  
Człowiek i emocje

### 18 SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE

IV Ogólnopolski Zjazd Pielęgniarek Medycyny Szkolnej  
IV Śląskie Dni Medycyny Stanów Nagłych

### 19 PODZIĘKOWANIA

### 24 POŻEGNANIA

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34

tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelny: Joanna Gąsiorowska

Bank Zdjęć Photogenica: okładka, s. 2, 8, 20, 1

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych

materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów

niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640-7679

Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

## Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

**LXXXVIII posiedzenie Prezydium ORPiP,  
w dniu 18 sierpnia 2022 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiej i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiej OIPiP w Łodzi – 153 pielęgniarek i 29 pielęgniarskiej.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 9 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Przyznano prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Przyznano na czas określony prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiej i wpisano do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiej OIPiP w Łodzi – 14 pielęgniarek i 2 pielęgniarskiej.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 8 praktyk pielęgniarek, 2 praktyk pielęgniarskiej i 1 praktyki położnej.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarskiej, poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Dokonano wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek/pielęgniarskiej i położnych OIPiP w Łodzi – 144 praktyk pielęgniarskiej, 6 praktyk pielęgniarskiej, 21 praktyk położnych i 1 praktykę położną na skutek wykreślenia przedsiębiorcy z CEIDG.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi 2 zapomogi losowe w wysokości: 1 x 1 500,00 zł i 1 x 800,00 zł.
- ▶ Podjęto decyzję w sprawie sfinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, w konferencjach:
  - przyznano sfinansowanie – 4 osobom.
- Odmówiono 1 osobie sfinansowania – ze względów regulaminowych – brak regularnego opłacania składek członkowskich przez okres co najmniej 2 lat przed złożeniem wniosku.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczące składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi:
  - wyrażono zgodę na zwrot nienależnie opłaconych składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi – zgodnie z wnioskami – 2 pielęgniarkom.

- ▶ Zatwierdzono:
  - komisję kwalifikacyjną dla 1 kursu kwalifikacyjnego organizowanego i finansowanego przez OIPiP w Łodzi;
  - kadrę dydaktyczną dla 2 kursów kwalifikacyjnych oraz zmiany w zakresie wykładowcy w 3 szkoleniach specjalizacyjnych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi;
  - koszty zakupu publikacji „Standard opieki pielęgniarskiej w pielęgniarstwie nefrologicznym dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą z zakresie dializoterapii”.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnej 2 kursów specjalistycznych – zgodnie z wnioskiem 1 organizatora kształcenia podyplomowego.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowisko kierownicze w podmiocie leczniczym – 1 zastępcy dyrektora.

**XLIX posiedzenie ORPiP  
w dniu 14 września 2022 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiej i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiej OIPiP w Łodzi – 57 pielęgniarek i 21 pielęgniarskiej.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 26 położnych.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Przyznano na czas określony prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 7 pielęgniarek.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Podjęto uchwałę o wygaśnięciu zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu z powodu uzyskania prawa na innej podstawie – 1 pielęgniarskiej.
- ▶ Wydłużono termin ważności prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarskiej i 2 pielęgniarskiej.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 5 praktyk pielęgniarskiej, 2 praktyk pielęgniarskiej i 1 praktyki położnej.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi

- 2 praktyk pielęgniarskiej, poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Dokonano wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 praktyk pielęgniarskiej, na skutek wykreślenia przedsiębiorcy z CEIDG.
- ▶ Podjęto decyzję w sprawie sfinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych – przyznano sfinansowanie 1 osobie.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi:
  - wyrażono zgodę na zwrot nienależnie opłaconych składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi – zgodnie z wnioskami – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Zatwierdzono:
  - komisję egzaminacyjną dla 1 kursu specjalistycznego organizowanego i finansowanego przez OIPiP w Łodzi;
  - kadrę dydaktyczną dla 1 kursu specjalistycznego i 3 szkoleń specjalizacyjnych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi;
  - realizację i koszty szkoleń specjalistycznych organizowanych przez OIPiP w Łodzi w ramach realizacji projektu Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER 2014-2020) finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, numer POWR.07.01.00-00-004/22;
  - zmiany do budżetu OIPiP w Łodzi na rok 2022 oraz przewidywanie budżetowe na I kwartał 2023 w związku z realizacją projektu Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych;
  - zmiany w sprawie planu oraz kosztów szkoleń i kursów organizowanych przez OIPiP w Łodzi;
  - zmiany do Polityki Rachunkowości OIPiP w Łodzi;
  - honoraria dla 1 autora artykułu opublikowanego w Biuletynie Nr 7–8/2022;
  - koszty dostępu do zasobów platformy IBUK Libra dla członków OIPiP w Łodzi;
  - koszty wykonania instrukcji bezpieczeństwa pożarowego, oznakowania ewakuacyjnego, rozmieszczenia i montażu sprzętu ppoż. w budynku OIPiP w Łodzi;
  - koszty demontażu i montażu klimatyzacji w OIPiP w Łodzi;
  - zakup sprzętu do koszenia i odśnieżania terenu siedziby OIPiP w Łodzi.

**LXXXIX posiedzenie Prezydium ORPiP  
w dniu 23 września 2022 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiej i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiej OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki i 2 pielęgniarskiej.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 6 położnych.

- ▶ Przedłużono termin ważności zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarskiej – 1 pielęgniarskiej.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarskiej i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarskiej.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarskiej, 3 praktyk pielęgniarskiej i 1 praktyki położnej.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarskiej, poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi 2 zapomogi losowe w wysokości: 1 x 3500 zł i 1 x 2000 zł.
- ▶ Odmówiono 1 osobie przyznania dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych – ze względów regulaminowych – wniosek złożony po nieprzekraczalnym 30 dniowym terminie.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczące składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi:
  - wyrażono zgodę na zwrot nienależnie opłaconych składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi – zgodnie z wnioskami – 1 pielęgniarskiej i 1 położnej;
  - wyrażono zgodę na rozłożenie na raty spłaty zaległych składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi – zgodnie z wnioskiem – 1 pielęgniarskiej.
- ▶ Zatwierdzono:
  - komisje kwalifikacyjne dla 3 kursów specjalistycznych oraz komisje egzaminacyjne dla 2 kursów kwalifikacyjnych i 1 kursu specjalistycznego organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi;
  - ramach realizacji projektu Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER 2014-2020) finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego, numer POWR.07.01.00-00-0004/22;
  - kadrę dydaktyczną dla 3 kursów specjalistycznych, 1 kursu kwalifikacyjnego oraz 1 szkolenia specjalizacyjnego organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi;
  - kadrę dydaktyczną dla 14 kursów specjalistycznych w ramach realizacji projektu Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER 2014-2020) finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego, numer POWR.07.01.00-00-0004/22;
  - koszty zakupu urządzenia wielofunkcyjnego Canon iRAX C257i dla OIPiP w Łodzi.

oprac. mgr Halina Gmaj-Budziarek  
Sekretarz ORPiP w Łodzi

**Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa  
anestezjologicznego i intensywnej opieki**

**dr n. med. Edyta Katarzyna Cudak**

**Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki  
Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego  
60-189 Poznań, ul. Smoluchowskiego 11  
tel. 61 861 22 39, 509 105 563  
e-mail: edytacud@ump.edu.pl**

Poznań, dnia 05.01.2022 r.

Sz. P.  
mgr Elżbieta Janiszewska  
Przewodnicząca PTPAiO  
Oddział w Łodzi

W nawiązaniu do pism Pani Przewodniczącej z dnia 25 października 2021 r. oraz 24 listopada 2021 r. dotyczących anestezjologicznej opieki pielęgniarstwa oraz opieki położniczej, odpowiadam poniżej, co następuje.

**Odpowiedzi na pytania dotyczące standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej:**

**W odniesieniu do pytania nr 1.**

**Czy pielęgniarka anestezjologiczna lub położna anestezjologiczna na zlecenie lekarza anestezjologa, które jest wpisane do karty analgezji okołoporodowej (znieczulenia), może podawać kolejne dawki środka znieczulającego do przestrzeni zewnątrzoponowej samodzielnie, bez obecności lekarza anestezjologa (dotyczy pacjentek rodzących w znieczuleniu zewnątrzoponowym ciągłym przebywających w bloku porodowym, mieszczącym się poza terenem kliniki anestezjologii)?**

Pielęgniarka anestezjologiczna lub położna posiadająca kwalifikacje podyplomowe w zakresie kursu kwalifikacyjnego

w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii współpracują z lekarzem prowadzącym analgezję porodu podczas przygotowania, wykonania i prowadzenia analgezji regionalnej. Na jego zlecenie i pod jego nadzorem bezpośrednim podają leki do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej. Bezpośredni nadzór oznacza obecność lekarza anestezjologa, a czas bezpośredniego nadzoru po podaży leków do analgezji regionalnej wynosi co najmniej 30 minut.

Podstawa prawna:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018 poz. 1756)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. 2016, poz. 2218)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego (Dz.U. 2013, poz. 290 ze zm.)

**W odniesieniu do pytania nr 2.**

**Czy pielęgniarka anestezjologiczna lub położna anestezjologiczna na zlecenie lekarza anestezjologa, które jest wpisane do karty zleceń, może samodzielnie, bez obecności lekarza anestezjologa, podawać środki znieczulające do przestrzeni zewnątrzoponowej w obrębie sali poznieczuleniowej mieszczącej się na terenie Kliniki anestezjologii (dotyczy pacjentek po zabiegu cięcia cesarskiego wykonywanego w znieczuleniu zewnątrzoponowym ciągłym)?**

Pielęgniarka anestezjologiczna lub położna posiadająca kwalifikacje podyplomowe w zakresie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii mogą podawać samodzielnie na pisemne zlecenie lekarza anestezjologa leki do przestrzeni zewnątrzoponowej w obszarze sali poznieczuleniowej.

Podstawa prawna:

- Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. w programie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki
- Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona położna po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. w programie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. w programie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii
- Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona położna po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. w programie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii

**W odniesieniu do pytania nr 3.**

**Czy pielęgniarka anestezjologiczna lub położna anestezjologiczna na zlecenie lekarza anestezjologa, które jest wpisane do karty zleceń, może samodzielnie, bez obecności lekarza anestezjologa, podawać środki znieczulające do przestrzeni zewnątrzoponowej w oddziale położniczym, mieszczącym się poza terenem kliniki anestezjologii (dotyczy pacjentek po zabiegu cięcia cesarskiego wykonywanego w znieczuleniu zewnątrzoponowym ciągłym)?**

Pielęgniarka anestezjologiczna lub położna posiadająca kwalifikacje podyplomowe w zakresie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii mogą podawać samodzielnie na pisemne zlecenie lekarza anestezjologa leki do przestrzeni zewnątrzoponowej w oddziale położniczym.

Podstawa prawna:

- Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego

i intensywnej opieki, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. w programie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki

- Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. w programie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki
- Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona położna po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. w programie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii

**W odniesieniu do pytania nr 4.**

**Czy pielęgniarka anestezjologiczna lub położna anestezjologiczna na zlecenie lekarza anestezjologa, które jest wpisane do karty analgezji okołoporodowej (znieczulenia), może podawać dawkę środka znieczulającego do przestrzeni zewnątrzoponowej samodzielnie, bez obecności lekarza anestezjologa w sytuacji decyzji lekarza położnika o wykonaniu u pacjentki cięcia cesarskiego?**

Sytuacja dotyczy pacjentek rodzących w znieczuleniu zewnątrzoponowym ciągłym, przebywających w bloku porodowym, mieszczącym się poza terenem Kliniki anestezjologii.

Odpowiedzi na to pytanie udzielił Stanisław Wojtan – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w styczniu 2020 r. (stanowisko dotyczące standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej pytanie 2).

**W odniesieniu do pytania nr 5.**

**Czy zlecenie wpisane przez lekarza anestezjologa do karty analgezji okołoporodowej (znieczulenia), mogącej stanowić kartę zleceń dla pielęgniarki, zwalnia lekarza anestezjologa z obecności podczas podawania środków znieczulających do przestrzeni zewnątrzoponowej?**

Odpowiedź na to pytanie mieści się w zakresie ww.

### Odpowiedzi na pytania dotyczące standardu organizacyjnego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii:

#### W odniesieniu do pytania nr 1.

**Czy pielęgniarka anestezjologiczna lub położna anestezjologiczna na zlecenie lekarza anestezjologa, które jest wpisane do karty zleceń, może samodzielnie, bez obecności lekarza anestezjologa, podawać środki znieczulające do przestrzeni zewnątrzoponowej w obrębie sali poznieczuleniowej mieszczącej się na terenie kliniki anestezjologii (dotyczy pacjentek po zabiegach operacyjnych wykonywanych w znieczuleniu zewnątrzoponowym ciągłym)?**

Pielęgniarka anestezjologiczna lub położna posiadająca kwalifikacje podyplomowe w zakresie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii mogą podawać samodzielnie na pisemne zlecenie lekarza anestezjologa leki do przestrzeni zewnątrzoponowej w obszarze oddziału anestezjologii.

Podstawa prawna:

- Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. w programie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.
- Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. w programie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.
- Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona położna po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. w programie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie.

#### W odniesieniu do pytania nr 2.

**Czy pielęgniarka anestezjologiczna lub położna anestezjologiczna na zlecenie lekarza anestezjologa, które jest wpisane do karty zleceń, może samodzielnie, bez obecności lekarza anestezjologa, podawać środki znieczulające do przestrzeni zewnątrzoponowej w oddziałach mieszczących się poza terenem kliniki anestezjologii (dotyczy pacjentek po zabiegach operacyjnych wykonywanych w znieczuleniu zewnątrzoponowym ciągłym)?**

Pielęgniarka anestezjologiczna lub położna posiadająca kwalifikacje podyplomowe w zakresie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii mogą podawać samodzielnie na pisemne zlecenie lekarza anestezjologa leki do przestrzeni zewnątrzoponowej w obszarze oddziału anestezjologii.

Podstawa prawna:

- Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. w programie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.
- Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. w programie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.
- Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona położna po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. w programie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie.

### Zalecenia Ministra Zdrowia i Konsultanta Krajowego w dziedzinie choroby zakaźne dotyczące realizacji szczepień przeciw ospie małpiej w grupie osób narażonych

Szczepienia przeciw ospie małpiej są wykonywane szczepionką JYNNEOS, Bavarian Nordic A/S (0,5 ml na dawkę).

Szczepienie zaleca się osobom, które ukończyły 18 lat w ramach:

- ▶ szczepień poekspozycyjnych (post-exposure prophylaxis, PEP) w następujących sytuacjach:
  - bliski kontakt fizyczny: przez nieuszkodzoną skórę lub błony śluzowe z osobą zakażoną ospą małpią (np. kontakt seksualny, kontakt domowy) lub długotrwały kontakt twarzą w twarz <1 m bez maski ochronnej.
  - personelowi medycznemu opiekującemu się chorymi na ospę małpią lub mogącemu mieć kontakt z materiałem zakaźnym, po kontakcie bez użycia środków ochrony indywidualnej z osobą zakażoną ospą małpią, jej płynami ustrojowymi lub przedmiotami zanieczyszczonymi materiałem zakaźnym,
  - personelowi laboratorium w sytuacji przypadkowego kontaktu z materiałem laboratoryjnym zawierającym wirusa ospy małpiej, który nie został poddany inaktywacji,

Uwaga! Szczepienia są dobrowolne, a decyzja o szczepieniu podejmowana jest indywidualnie po ocenie korzyści i ryzyka, uwzględniając rodzaj kontaktu i czas jaki upłynął od ekspozycji, wiek oraz dane z wywiadu doty-

czące statusu immunologicznego i czynników zwiększających ryzyko ciężkiego przebiegu ospy małpiej.

Schemat szczepienia:

- 1) dawka podana tak szybko jak to możliwe, najlepiej w okresie pierwszych 4 dni od pierwszego kontaktu, do 14 dni, jeżeli nie ma objawów choroby;
- 2) dawka podana po 28 dniach od pierwszej dawki.

U osób szczepionych w przeszłości przeciw ospie prawdziwej może być podana tylko 1 dawka.

- ▶ szczepień przedekspozycyjnych (pre-exposure prophylaxis, PEP):

- personelowi medycznemu opiekującemu się chorymi na ospę małpią lub mogącemu mieć kontakt z materiałem zakaźnym,
- personelowi laboratorium pracującemu z ortopoxwirusami,

Schemat szczepienia: pełny schemat szczepienia podstawowego osób dotychczas nieszczepionych obejmuje podanie 2 dawek w odstępie  $\geq 28$  dni.

Uwaga! Decyzja o szczepieniu podejmowana jest indywidualnie po ocenie korzyści i ryzyka.

Źródło: Ministerstwo Zdrowia

### KOMUNIKAT Z DNIA 3 PAŹDZIERNIKA 2022 R. W SPRAWIE PROWADZENIA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH PRZEZ NIEUPRAWNIONE PODMIOTY

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych jako jednostka podległa Ministrowi Zdrowia i z upoważnienia Ministra Zdrowia sprawująca nadzór nad realizacją kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych informuje, że w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) podmiot o nazwie: **CKU – spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, z siedzibą we Wrocławiu, ul. Powstańców Śląskich 1 lok. 201, 53-329 Wrocław, który nie posiada statusu organizatora kształcenia**, opublikował plany dla kursów specjalistycznych, a tym samym proponuje pielęgniarkom i położnym udział w kształceniu do którego, według stanu na dzień 29 września 2022 r., nie posiadał uprawnień.

W związku z powyższym Centrum prosi, aby wszystkie osoby zainteresowane kształceniem:

- 1) weryfikowały uprawnienia podmiotu w okręgowej izbie pielęgniarek i położnych właściwej ze względu na miejsce podejmowanego kształcenia lub w Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych,
- 2) dokonywały rejestracji na kształcenie korzystając wyłącznie z SMK,
- 3) po zakwalifikowaniu na dany rodzaj kształcenia sprawdziły czy posiadają w SMK Elektroniczną Kartę Kształcenia, która stanowi jedyny dowód ukończenia szkolenia/kursu i warunek przystąpienia do egzaminu końcowego/państwowego.

Beata Guzak  
Dyrektor CKPiP

Jacek Chojnacki  
Radca Prawny



# ZMIANA UMOWY O PRACĘ

## Porozumienie i wypowiedzenie zmieniające

Pielęgniarki i położne wielokrotnie spotykają się ze zmianami umów o pracę. Zagadnienie to budzi często wątpliwości: co mamy zrobić? Czy musimy przyjąć dokument wręczany przez pracodawcę? Czy możemy się odwołać?

Przede wszystkim przyjmując dokument powinniśmy dokonać oceny, **czy jest to porozumienie zmieniające, czy wypowiedzenie zmieniające umowę o pracę.**

**A.** Jeżeli w treści dokumentu znajdują się zapisy: *strony zgodnie ustalają, mocą zgodnej woli stron...*, bądź pracownik ma złożyć podpis pod oświadczeniem: *wyrażam zgodę* – mamy do czynienia z **porozumieniem zmieniającym**.

W takim przypadku po podpisaniu dokumentu nie przysługuje nam odwołanie do sądu. Co prawda prawo cywilne przewiduje możliwość uchylecia się od skutków prawnych oświadczenia woli – należy jednak wykazać działanie pod wpływem błędu, groźby lub podstęp. W praktyce jest to jednak bardzo trudne.

Z drugiej strony – **porozumienia zmieniającego pracownik może nie przyjąć i nie musi go podpisać.**

**B.** W przypadku otrzymania wypowiedzenia zmieniającego umowę o pracę – pracownik powinien je odebrać (*otrzymałam, dnia...*). Jeżeli tego nie zrobi i nie odwoła się do sądu – wypowiedzenie będzie skuteczne. W treści wypowiedzenia znajdują się dwa pouczenia:

1) o możliwości odwołania się do sądu pracy – w terminie 21 dni

Odwołanie wnosimy **w razie nieuzasadnionego lub niezgodnego z prawem wypowiedzenia zmieniającego umowę o pracę**. Podstawowymi zarzutami jakie można formułować są:

- przyczyna wypowiedzenia zmieniającego jest nieprawdziwa;
- przyczyna wypowiedzenia zmieniającego jest niejasna lub niezrozumiała dla pracownika;
- pracodawca naruszył procedurę, np.: brak konsultacji z reprezentującym pracownika związkami zawodowymi;
- naruszenie przepisów o ochronie pracownika.

Pracownik może żądać: stwierdzenia bezskuteczności wypowiedzenia, a w przypadku wydawania wyroku już po okresie wypowiedzenia – przywrócenia poprzednich warunków pracy (ewentualnie – jeżeli pracownik złożył oświadczenie o tym, że nie przyjmuje nowych warunków pracy (patrz pkt 2) – przywrócenia pracownika do pracy na poprzednich warunkach).

Oczywiście zamiast powyższych roszczeń można żądać odszkodowania za niezgodne z prawem wypowiedzenie warunków zatrudnienia.

**2) o możliwości złożenia oświadczenia o odmowie przyjęcia zaproponowanych warunków.** W tym przedmiocie może być zacytowany kp:

*W razie odmowy przyjęcia przez pracownika zaproponowanych warunków pracy lub płacy, umowa o pracę rozwiązuje się z upływem okresu dokonanego wypowiedzenia. Jeżeli pracownik przed upływem połowy okresu wypowiedzenia nie złoży oświadczenia o odmowie przyjęcia zaproponowanych warunków, uważa się, że wyraził zgodę na te warunki.*

Należy pamiętać, że odwołanie do sądu pracy (pkt 1) i oświadczenie o odmowie przyjęcia zaproponowanych warunków (pkt 2) **są to dwa niezależne oświadczenia.**

Jeżeli pracownik uważa, że wypowiedzenie zmieniające narusza prawo i chce je zaskarżyć do sądu, **najlepszym z praktycznego punktu widzenia jest rozwiązaniem jest:**

**a)** w terminie 21 dni pracownik **złoży odwołanie** do sądu pracy – wskazując, że wypowiedzenie jest nieuzasadnione lub narusza przepisy prawa pracy;

**b) nie składa** oświadczenia, że nie przyjmuje nowych warunków pracy.

W takim przypadku, po upływie terminu wypowiedzenia pracownik zacznie pracować na nowych zasadach (nie traci jednak pracy) – a jeżeli wygra sprawę – sąd przywróci mu poprzednie warunki pracy. Jeżeli sąd nie uzna racji pracownika – pracownik zachowuje pracę.

Jeżeli pracownik zachowa się w ten sposób, że:

**a)** w terminie 21 dni pracownik **złoży odwołanie** do sądu pracy – wskazując, że wypowiedzenie jest nieuzasadnione lub narusza przepisy prawa pracy;

**b) przed upływem połowy okresu wypowiedzenia złoży oświadczenie**, że nie przyjmuje nowych warunków pracy

– umowa o pracę po upływie okresu wypowiedzenia ulegnie rozwiązaniu. Następnie w przypadku wygranej sprawy sąd przywróci pracownika do pracy na poprzednich warunkach. Jeżeli jednak pracownik przegra sprawę – pozostanie bez zatrudnienia. To rozwiązanie jest niekorzystne również z uwagi na czas trwania postępowania sądowego.

radca prawny Maciej Jabłoński

**W razie jakichkolwiek wątpliwości zapraszamy do korzystania z porad prawnych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi ☎ 42 633 71 06**

## K O N K U R S

### „Blaski i cienie telemedycyny”



## R E G U L A M I N K O N K U R S U

1. W konkursie uczestniczyć mogą tylko pielęgniarki i położne z obszaru działalności OIPiP w Łodzi.
2. Treść nadesłanej pracy musi obejmować minimum jedno z poniższych zagadnień:
  - opinię autora dotyczącą wykorzystania telemedycyny w opiece nad pacjentem;
  - zawodowe doświadczenia autora z telemedycyną;
  - oczekiwania autora dotyczące telemedycyny jako nowej metody realizacji opieki nad pacjentem.
3. Prace należy przesłać w wersji elektronicznej w liczbie nie przekraczającej 6 stron znormalizowanego maszynopisu (przeciętnie 60 znaków w wierszu, 30 wierszy na stronie, podwójny odstęp między wierszami).
4. Autorzy swoje prace mogą podpisać pseudonimem, a dane osobowe przedstawić do wiadomości Redakcji.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi:

1. Administratorem danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Emilii Plater 34, 91-762 Łódź.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Kontakt z IOD jest możliwy poprzez adres e-mail: [iod@oipp.lodz.pl](mailto:iod@oipp.lodz.pl) oraz w formie pisemnej na adres Administratora: Łódź 91-762, ul. Emilii Plater 34.
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu obsługi korespondencji na podstawie art. 6 ust. 1 lit. F RODO, jeśli nie są już przetwarzane na innej podstawie.
4. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje na zasadach i przypadkach określonych w RODO prawo do dostępu do danych osobowych, sprostowania danych osobowych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych osobowych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, przenoszenia danych osobowych, prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Dokładniejsze informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się na stronie internetowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, w zakładce RODO.

5. Artykuły należy przesłać do 1 grudnia 2022 r.
6. Prace zostaną komisyjnie ocenione przez zespół jury, w skład którego wchodzi Zespół Redakcyjny oraz Przewodnicząca ORPiP w Łodzi.
7. Wyniki konkursu opublikowane zostaną w Biuletynie nr 1/2023.
8. Dla autorów trzech najciekawszych prac przewidziane są nagrody finansowe.
9. Lista artykułów nagrodzonych będzie opublikowana w kolejnych biuletynach.
10. Autor każdej opublikowanej pracy w Biuletynie otrzyma honorarium zgodnie z obowiązującym regulaminem Biuletynu.

# Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego

## Nowe spojrzenie na opiekę psychiatryczną

mgr URSZULA GODOS

Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego odbywa się 10 października każdego roku. Celem ustanowienia takiego dnia jest dotarcie do świadomości społecznej informacji o problemach zdrowia psychicznego. Jest to czas upowszechniania informacji i edukacji na ten temat oraz walki ze stereotypami dotyczącymi zdrowia psychicznego. W myśleniu każdego człowieka ugruntowane jest przekonanie, że fundamentem szczęśliwego, spełnionego i aktywnego życia jest poczucie dobrostanu w zdrowiu, w tym zdrowiu psychicznym. W porządku prawnym w naszym kraju aspekt zdrowia psychicznego został podkreślony w preambule do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Ustawodawca nakazuje uznawać zdrowie psychiczne za fundamentalne dobro osobiste człowieka, a ochronę praw osób z zaburzeniami psychicznymi powierza organom państwa wskazując, iż jest to jeden z podstawowych obowiązków względem społeczeństwa.

Niewątpliwie, każdy z nas w którymś momencie swojego życia u siebie bądź w najbliższym otoczeniu styka się z problemem kryzysu zdrowia psychicznego, co potwierdzają statystyki w tym zakresie. Szacuje się, że zaburzenia psychiczne w Polsce dotyczą ponad 23 proc. ogólnej populacji. Dysfunkcje z obszaru zdrowia psychicznego stanowią w Polsce drugą wśród mężczyzn (17 proc.) i trzecią wśród kobiet (14,4 proc.) przyczynę utraconych lat życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności.

W dotychczas funkcjonującej opiece psychiatrycznej znaczącą przestrzeń zajmują duże, od lat funkcjonujące szpitale psychiatryczne. Każdy, kto choć raz widział ich organizację, przestrzeń czy warunki panujące w większości z nich podzielił opinię, że kompleksy te nie sprzyjają procesowi zdrowienia. Procesowi zdrowienia nie służy również przedmiotowy charakter oddziaływań związanych z opieką psychiatryczną, realizowaną w dotychczasowym modelu leczenia.

Od 2018 roku jesteśmy świadkami procesu zmian, w wyniku których szpital psychiatryczny jest pozbawiony atrybutu centralnego miejsca opieki nad chorymi z zaburzeniami psychicznymi. Nowoczesna, rekomendowana konstrukcja oddziaływań medycznych w systemie ochrony zdrowia nakierowana jest na strategię mającą zapewnić osobom w kryzysie zdrowia psychicznego kompleksową, wielostronną i powszechnie dostępną opiekę zdrowotną oraz inne formy opieki i pomocy niezbędne do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Mowa tu o środowiskowym, kompleksowym modelu leczenia, który ma służyć osiągnięciu optymalnego stanu zdrowia oraz zapobiegania stygmatyzacji i wykluczeniu.

Obecnie na mocy zapisów zawartych w Narodowym Programie Zdrowia Psychicznego powołano Centra Zdrowia Psychicznego (CZP). Na terenie kraju, pilotażowo program deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej prowadzą 84 CZP. Celem CZP jest koordynacja działań leczniczych i pomocniczych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Jest to miejsce, gdzie człowiek będący w kryzysie zdrowia psychicznego, bądź bliscy takiej osoby mogą zgłosić się po pomoc. Centra obejmują określoną populację mieszkańców, np. miasta, dzielnicy czy powiatu. Zasadą jest, aby populacja nie przekraczała 200 tys. dorosłych mieszkańców. Zmianie uległo również finansowanie świadczeń i obecnie realizowane jest na zasadzie per capita. Oznacza to, że CZP posiada budżet globalny, za który zobowiązany jest zapewnić kompleksową opiekę psychiatryczną. Aby podmiot leczniczy zakwalifikowany został jako realizator programu pilotażowego w CZP, musi posiadać oddział stacjonarny z rekomendowaną ilością łóżek 25 na 100 tys. populacji, oddział dzienny, poradnię zdrowia psychicznego oraz zespół leczenia środowiskowego. Wsparcie dla beneficjentów CZP udzielane jest bezpłatnie, bez skierowania, bez zapisywania się. Strukturą, która jest nowością w systemie opieki psychiatrycznej są punkty zgłoszeniowo-koordynacyjne (PZK). Jeden PZK nie powinien swą działalnością obejmować populacji większej niż 80 tys. dorosłych mieszkańców. Pracują w nich psychologowie, pielęgniarki, terapeuci środowiskowi. Osoba zgłaszająca się do systemu opieki psychiatrycznej od razu spotyka się z profesjonalistą, który dokonuje oceny jego potrzeb zdrowotnych i wspólnie z pacjentem czy jego bliskimi opra-

cuje wstępny plan postępowania terapeutycznego. Dla osób w trudnej sytuacji społecznej udziela informacji o dostępnych zasobach oparcia socjalnego, bądź kontaktuje się z pracownikami pomocy społecznej, organizacjami pozarządowymi. W ten sposób, w miarę dostępnych zasobów, organizuje sieć wsparcia. Całość oddziaływań nakierowana jest na konkretne potrzeby dostosowane do aktualnych potrzeb. Każdy pacjent zakwalifikowany do poradnianej grupy czynnej zostaje objęty opieką koordynatora. Dotyczy to szczególności chorych z nasilonymi objawami zaburzeń psychotycznych, z częstymi zaostrzeniami i nawrotami choroby, całościowymi zaburzeniami rozwoju psychicznego, zaburzeniami odżywiania – jeśli stan somatyczny zagraża ich zdrowiu, wymagających w okresie remisji systematycznego leczenia zapobiegającego nawrotom, niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Opieką koordynatora najczęściej objęte są osoby pozbawione wglądu w chorobę, dostatecznej opieki osób bliskich czy pozostające w konflikto-wej sytuacji środowiskowej. Koordynacja świadczeń oznacza, że zespół terapeutyczny pracujący z pacjentem będzie działał według określonego planu. Pacjent, który wymaga wsparcia koordynatora, ma utworzony dokument-Indywidualny Plan Terapii i Zdrowienia (IPTiZ). IPTiZ zawiera listę problemów zdrowotnych i społecznych, planowanych celów terapii, metod ich osiągania i dostosowany jest do potrzeb konkretnej osoby oraz jej sytuacji zdrowotnej.

Kluczowymi działaniami w pracy CZP, w ramach integracji struktur medycznych, opiekuńczych i pomocowych, w celu utworzenia kompleksowego programu wsparcia środowisko-

**W dotychczas funkcjonującej opiece psychiatrycznej znaczącą przestrzeń zajmują duże, od lat funkcjonujące szpitale psychiatryczne. Każdy, kto choć raz widział ich organizację, przestrzeń czy warunki panujące w większości z nich podzielił opinię, że kompleksy te nie sprzyjają procesowi zdrowienia.**

**Od 2018 roku jesteśmy świadkami procesu zmian, w wyniku których szpital psychiatryczny jest pozbawiony atrybutu centralnego miejsca opieki nad chorymi z zaburzeniami psychicznymi.**

wego, jest współpraca z instytucjami, które dedykują osobom w kryzysie psychicznym pomoc pozamedykalną. Najczęściej oddziaływanie pomocnicze i rehabilitacyjne prowadzone są przez organizacje pozarządowe. Zatem, CZP w celu wypracowania optymalnych mechanizmów oddziaływań, dedykowanych pozamedykalnym formom wsparcia, winno podejmować współpracę z organami samorządu, ośrodkami pomocy społecznej, organizacjami pozarządowymi oraz włączać się w akcje dedykowane promowaniu zdrowia psychicznego. Pacjenci CZP w celu aktywizacji społecznej powinni być kierowani do środowiskowych domów samopomocy, zakładów aktywizacji zawodowej, ośrodków interwencji kryzysowej, specjalistycznych usług opiekuńczych oraz mieszkań chronionych.

W ramach działalności CZP, każdy zamieszkuje obszar objęty pilotażem i doświadcza kryzysu w zdrowiu psychicznym, bądź bliscy takiej osoby ma możliwość kontaktu z asystentem zdrowienia. Asystent zdrowienia to osoba, która sama doświadczyła problemów natury psychicznej, a dzięki odpowiedniemu przeszkoleniu, przebytym terapiom i pracy własnej towarzyszy pacjentom w procesie zdrowienia. Jest to pracownik CZP, który jest członkiem zespołu terapeutycznego i stanowi pomost pomiędzy pacjentem i jego środowiskiem a profesjonalistami zaangażowanymi w leczenie.

Podsumowując powyższe warto wskazać, iż proces transformacji nie oznacza zniesienia wszelkiego, dotychczas znanego ładu dedykowanego opiece psychiatrycznej. Jest to szereg modyfikacji które wiążą się ze zmianami legislacyjnymi w obszarze leczenia psychiatrycznego jak również przemodelowaniem myślenia i poglądów profesjonalistów, pacjentów oraz całego społeczeństwa.

mgr Urszula Godos

Koordinator Centrum Zdrowia Psychicznego Łódź Widzew

Bibliografia do wglądu u autora



MATUSIAK OLIWIA, KLEPACZKO EDYTA  
mgr MAŁGORZATA KURPIOS-KOSIŃSKA

# Psychologiczne i fizjologiczne aspekty seksualności kobiet w ciąży

Ciąża to czas metamorfozy w organizmie kobiety. W tym okresie zachodzi wiele znaczących przemian, które dotyczą poszczególnych narządów oraz sfery psychicznej kobiety. Adaptacje te dotyczą również stosunków z partnerem. Niektóre z ciężarnych odczuwają potrzebę bliskości, ciepła i zrozumienia, ale u części z nich może występować zmniejszone libido. Współżycie w czasie ciąży pozostaje wciąż tematem tabu zarówno dla personelu medycznego jak i społeczeństwa. Kobiety w ciąży często boją się pytać lekarza ginekologa o zalecenia w czasie stosunków płciowych w poszczególnych trymestrach ciąży lub o wpływ aktywności seksualnej na stan zdrowia płodu. W mężczyznach nadal tkwi głęboko zakorzenione przekonanie, że stosunek w trakcie ciąży może zaszkodzić rozwijającemu się płodowi. W poszczególnych trymestrach ciąży pożądanie seksualne może się zmieniać. Jak wynika z wielu przeprowadzonych badań w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży zmniejsza się pożądanie oraz częstość odbywanych stosunków płciowych. W zależności od przebiegu ciąży aktywność seksualna może nieść za sobą różne konsekwencje. Jak podaje literatura w ciąży fizjologicznej seks nie ma negatywnego wpływu na rozwijający się płód, jednakże w przypadku ciąży wysokiego ryzyka mogą pojawić się pewne zagrożenia. Ciąża może wiązać się z wieloma lękami, stresem i wahaniami nastrojów, dlatego istotne jest, aby w tym wyjątkowym czasie kobieta mogła bez skrępowania, swobodnie rozmawiać o różnorodności swoich potrzeb i spotykać się z akceptacją ze strony bliskich osób.

Ciąża to bardzo dynamiczny czas w życiu kobiety, który możemy podzielić na trzy charakterystyczne trymestry. W zależności od trymestru ciąży aktywność seksualna kobiet ulega zmianom.

Pierwszy trymestr trwa od poczęcia do 13 tygodnia ciąży jest określany okresem kryzysu psychicznego, charakteryzującym się znacznym zróżnicowaniem zarówno pobudliwości seksualnej jak i zadowolenia z życia seksualnego. Kryzys ten jest spowodowany czynnikami hormonalnymi, psychologicznymi, somatycznymi i może przejawiać się zarówno odrzuceniem wszelkich form współżycia płciowego jak i prawidłową aktywnością seksualną. W pierwszym trymestrze w ciele kobiety zachodzi najwięcej zmian: zmienia się jej sylwetka, zwiększa masa ciała, a narządy płciowe rozpułchniają się i powiększają stając się bardzo podatnymi na bodźce erotyczne. Zwiększone ukrwienie macicy i pochwy potęguje orgazm i jest on odczuwany dużo intensywniej niż wcześniej. W pierwszych miesiącach możemy zauważyć zwiększenie nawilżenia dróg rodnych, w związku z tym odbycie stosunku może być łatwiejsze i przyjemniejsze. Często jednak ciężarna traci zainteresowanie aktywnością seksualną, bardziej skupiając się na swoim ciele i wszelkich dolegliwościach związanych z ciążą, tj. poranne mdłości, bóle głowy, zmęczenie, senność. I trymestr wiąże się również z występowaniem zarówno u ciężarnych jak i ich partnerów licznych obaw jak i lęków przed podejmowaniem jakiegokolwiek aktywności seksualnej. Wszystkie te czynniki odgrywają znaczącą rolę w postrzeganiu jak i podejmowaniu aktywności seksualnej zarówno przez kobiety jak i mężczyzn.

Drugi trymestr to czas od 14 do końca 26 tygodnia ciąży i jest to okres hormonalnej i emocjonalnej stabilizacji. Wówczas mijają przykre doświadczenia pierwszego trymestru i wzrasta zainteresowanie seksualne. Pojawiają się również zwiększone wymagania dotyczące zaspokojenia potrzeb sek-

sualnych, kobieta intensywniej odbiera bodźce co może być wykorzystane w pieszczotach seksualnych. Orgazm również staje się silniejszy, dostarczając wielu doznań fizycznych i emocjonalnych. W czasie drugiego trymestru ciężarna odczuwa lepsze samopoczucie, akceptację ciąży, większą pewność siebie, a przede wszystkim mniejsze objawy fizyczne. Pojawia się również większe zrozumienie i wsparcie emocjonalne ze strony ojca dziecka, co daje kobiecie poczucie bezpieczeństwa, niezwykle ważne do wytworzenia pobudzenia seksualnego. Wszystkie te czynniki jak i dodatkowe przekrwienie narządu rodowego prowadzą do zwiększenia się częstotliwości współżycia.

Ostatni trzeci trymestr przypada od 27 tygodnia ciąży do momentu rozwiązania i charakteryzuje się wyraźnym spadkiem aktywności seksualnej. Spowodowane jest to głównie odczuwaniem przez ciężarne jak i ich partnerów wątpliwości natury psychologicznej, takich jak lęk o dziecko, a także przebieg porodu. Przyszli rodzice obawiają się również, że stosunek płciowy wywoła przedwczesne skurcze i zaindukuje poród przedwczesny. Pojawiają się także dodatkowe przypadłości fizjologiczne m.in.: zmęczenie, obrzęki, bóle odcinka lędźwiowego kręgosłupa, zwiększenie masy ciała i obwodu brzucha, a także wyczerpanie psychiczne ciężarnej. Wyżej wymienione niedogodności i zmiany hormonalne przygotowującego się do porodu organizmu powodują u kobiet rozdrażnienie, podatność na stres i huśtawkę nastrojów, a w konsekwencji znaczne zmniejszenie popędu seksualnego.

Seks może być jednak jedną z naturalnych metod indukcji porodu w ciąży donoszonej. Duży wyrzut oksytocyny wydzielanej podczas stosunku oraz męskie nasienie zawierające wiele prostaglandyn mogą przyspieszyć dojrzewanie szyjki macicy oraz wzniecić naturalny proces reaktywności macicy. Jest to jedna z metod indukcji porodu stosowana w terminie porodu, jeśli dotychczas nie występowały żadne przeciwwskazania do odbywania stosunków płciowych. Mięsień macicy reaguje na pobudzenie seksualne regularną czynnością skurczową trwającą nawet do pół godziny po orgazmie.

W okresie ciąży w organizmie kobiety zachodzi wiele zmian obejmujących zarówno procesy morfologiczne, fizjologiczne, jak i psychologiczne, które w znaczący sposób wpływają na seksualność kobiet. Wśród czynników biologicznych wyróżniamy czynniki hormonalne, zmiany miejscowe, a do czynników psychicznych zaliczamy motywację ciąży, seksualność przed ciążą, poczucie atrakcyjności, lęki, osobowość kobiety czy relacje partnerskie.

## Czynniki hormonalne

Istnieją trzy główne hormony, które są odpowiedzialne za większość zmian zachodzących w organizmie ciężarnej:

- progesteron,
- estrogeny,
- gonadotropina kosmówkowa.



Wiele badań wykazało, że hormony płciowe odgrywają znaczącą rolę w reaktywności seksualnej u kobiet. Zmiany hormonalne w organizmie kobiety rozpoczyna progesteron. Jest on wydzielany przez jajniki, a jego produkcja zachodzi głównie przez ciało żółte oraz łożysko. Podczas ciąży progesteron odgrywa kluczową rolę, ponieważ bez niego utrzymanie ciąży byłoby niemożliwe. Przygotowuje on endometrium macicy do implantacji zarodka, a także ma wpływ na układ odpornościowy matki – dzięki niemu płód nie zostaje odrzucony przez organizm. Działanie progesteronu powoduje również zwiększenie rozciągliwości i szerokości pochwy, przekrwienie sromu, tkliwość i nadwrażliwość gruczołów piersiowych czy trudności z utrzymaniem moczu, które mogą w bezpośredni lub pośredni sposób wpływać na życie seksualne pary.

Estrogeny odgrywają kluczową rolę w czasie ciąży, po zapłodnieniu przygotowują śluzówkę macicy na przyjęcie zarodka i podtrzymują ciążę. Odpowiadają także za wzrost macicy, zwiększają syntezę białek, elementów kurczliwych oraz substancji bogatych energetycznie. Co więcej estrogeny powodują, że piersi są pełniejsze, a sylwetka bardziej zaokrąglona. Mają wpływ na rozwój kanalików mlekowych i przygotowują piersi do karmienia.

Gonadotropina kosmówkowa pojawia się we krwi ciężarnej krótko po implantacji zapłodnionej komórki jajowej, między 9. a 11. dniem po zapłodnieniu. Wytwarzana jest przez komórki trofoblastu i odpowiada głównie za stymulację ciała żółtego do syntezy progesteronu, aż do momentu, gdy będzie on produkowany w odpowiedniej ilości przez w pełni wykształcone łożysko. Jej najwyższe stężenie można zaobserwować pod koniec pierwszego trymestru, następnie zaczyna ono spadać.

## Zmiany miejscowe

Ciąża to okres życia kobiety należący do sfery zdrowia, a nie choroby, ale zachodzące podczas niej zmiany miejscowe stwarzają konieczność zarówno fizycznej jak i psychicznej adaptacji do nowej sytuacji. Dochodzi do przekrwienia oraz rozpulchnienia sromu i pochwy, zwiększa się wilgotność w pochwie na skutek wzmożonego wydzielania śluzu szyjkowego, piersi nabrzmiewają a brzuch staje się coraz większy. Mogą pojawić się również żylaki i obrzęki na kończynach dolnych, które są efektem ucisku powiększającej się macicy na pnie naczyń. Wszystkie te zmiany mogą powodować kompleksy u kobiet oraz lęk przed zbliżeniem, ponieważ ciężarne czują się mniej atrakcyjne seksualnie.

Zmiany w wyglądzie partnerki mogą również wpływać w różny sposób na seksualność męża. Jedni będą troszczyć się o partnerkę i podchodzić bardzo emocjonalnie do nowej sytuacji, inni zaś z obawy przed narażeniem płodu i zmienionej sylwetki kobiety będą unikać zbliżeń, co może mieć negatywny wpływ na aktywność seksualną w tym czasie.

## Seksualność przed ciążą

Pary, dla których seks stanowił ważną wartość i sferę w życiu mogą być zainteresowane kontynuowaniem tej aktywności również w ciąży. Z kolei małżeństwa dla których życie seksualne nie odgrywało kluczowej roli mogą unikać kontaktów seksualnych w tym okresie.

**Poczucie atrakcyjności:** Niektóre kobiety chętnie chwalać się swoim ciążowym brzuchem, są jednak ciężarne, u których pojawiają się liczne rozstępy na brzuchu, piersiach czy udach. Dodatkowo mogą zmagać się z hemoroidami czy żylakami na kończynach dolnych i sromie. Zmiany te powodują, że kobiety czują się nieatrakcyjne w czasie trwania ciąży i unikają kontaktów seksualnych, dlatego tak ważne jest wsparcie emocjonalne i psychiczne ze strony partnera.

## Czynniki psychologiczne

Ciężarna, szczególnie pierwiastka czy para, która utraciła w przeszłości ciążę może mieć wiele obaw związanych z przebiegiem ciąży, porodu czy stanem zdrowia noworodka, dlatego często świadomie rezygnuje ze współżycia z partnerem czy niektórych pozycji seksualnych w obawie przed wystąpieniem powikłań ciąży.

## Uwarunkowania kulturowe

Najczęstszą przyczyną zmniejszenia aktywności seksualnej są uwarunkowania kulturowe, zmiana priorytetów w związku, zmiany fizjologiczne oraz poczucie odpowiedzialności za przebieg ciąży. Na podstawie przeprowadzonych dotychczas obserwacji w szkołach rodzenia opracowano typologię związków ciążarnych:

- relacja partnerska – seksualność jest związana ze wzajemnymi potrzebami partnerów, współdziałaniem i współpracą;
- kobieta w roli dziecka – staje się uzależniona od partnera i wymusza od niego zachowania opiekuńcze, a seksualność jest podporządkowana samopoczuciu i nastrojowi kobiety;
- kobieta jako tabu – w okresie ciąży zmienia się spostrzeganie kobiety przez jej partnera, staje się ona głównie matką i nie budzi już pożądania;
- partner w roli dziecka – w niektórych sytuacjach partner staje się zazdrosny o dziecko, czuje się pomijany i lekceważony przez partnerkę, a jej seksualność postrzega w odniesieniu do siebie;
- zespół modliszki – dotyczy tych kobiet, które potraktowały mężczyznę jako osobę niezbędną do zapłodnienia, po zajściu w ciążę przestał być potrzebny i dlatego aktywność seksualna tych kobiet zanika.

Podczas prawidłowej ciąży niskiego ryzyka ani stosunek płciowy, ani orgazm nie powinny wpływać negatywnie na

rozwijający się płód. Istnieją jednak pewne przeciwwskazania wykluczające współżycie w czasie ciąży. Należą do nich:

- przedwczesne odpłynięcie wód płodowych
- krwawienia z dróg rodnych
- zagrożenie porodem przedwczesnym
- infekcje

Przedwczesne odejście wód płodowych może prowadzić do zakażenia jaja płodowego i skutkować porodem przedwczesnym. Droga pochwowa to najczęstsze wrota zakażeń wewnątrzmacicznych np. współżycia. Badania wykazały, że zakażenie jaja płodowego często jest wynikiem zespołu objawów określonego jako bacterial vaginosis (BV), która się rozwija w wyniku zaburzeń w składzie flory endogennej pochwy. Zaburzenia te polegają na zwiększonej liczbie bakterii beztlenowych oraz zmniejszonym składzie normalnie występujących pałeczek Lactobacillus. Wykazano również związek pomiędzy BV a zwiększonym ryzykiem przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, zapalenia błon płodowych, infekcji płynu owodniowego czy porodu przedwczesnego. Co więcej infekcje mogą się przyczynić do uszkodzenia struktury płodu, jego obumarcia, a w późniejszym etapie również prowadzą do zaburzeń rozwojowych. Powikłania po zakażeniu wewnątrzmacicznym mogą się ujawnić dopiero w późniejszym okresie noworodkowym, a nawet w dzieciństwie. Dlatego tak ważne jest, aby przestrzegać zasady higieniczno-zdrowotne w okresie ciąży, między innymi podczas kontaktów seksualnych z partnerem, ponieważ długo utrzymujące się stany zapalne niosą za sobą poważne konsekwencje, takie jak nieprawidłowy rozwój noworodka czy nawet obumarcie płodu.

Podsumowując można wyciągnąć ogólne wnioski:

- Kobiety, dla których seks odgrywał ważną rolę w życiu są bardziej zainteresowane aktywnością seksualną również w ciąży.
- Częstość współżycia jest uzależniona od zaawansowania w ciąży i zmienia się pod wpływem hormonów. W pierwszym trymestrze częstotliwość zmniejsza się o 47–59 proc., w drugim do 75–84 proc., a w trzecim trymestrze jest porównywalna do okresu przedkonceptyjnego.
- U kobiet, które uprzednio już rodziły, nie stwierdzono istotnych zmian seksualności.
- Kobiety ciężarne odczuwają liczne obawy towarzyszące podejmowanej aktywności seksualnej i istnieje duża potrzeba edukacji w tym zakresie przez personel medyczny.

Wykaz literatury u autorów

Matusiak Oliwia, Klepaczek Edyta  
SKN przy Zakładzie Położnictwa Praktycznego  
mgr Małgorzata Kurpios-Kosińska  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
Zakład Położnictwa Praktycznego  
II Katedra Ginekologii i Położnictwa

## Komunikat Działu Kształcenia

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi uprzejmie informuje, iż trwa rekrutacja na szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie:**

- Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo internistyczne dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo onkologiczne dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo psychiatryczne dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych

**Osoby zainteresowane powyższymi formami kształcenia proszone są o złożenie wniosku poprzez System Monitorowania Kształcenia.**

**Przy składaniu wniosku proszę zwrócić szczególną uwagę na prawidłowe wypełnienie odpowiednich pól:**

**1. W polu „staż pracy” prosimy dokładnie, liczbowo podać ilość lat odpowiadającą danej rubryce:**

- w polu „Ogółem” proszę wpisać liczbę lat przepracowanych w zawodzie pielęgniarki/położnej;
- w polu „W okresie ostatnich pięciu lat” proszę wpisać liczbę lat przepracowanych w zawodzie w okresie ostatnich 5 latach;
- w polu „Zgodny z kierunkiem” należy wpisać liczbę lat przepracowanych zgodnie z kierunkiem specjalizacji, na którą składany jest wniosek.

**2. W polu „Data uzyskania dyplomu” prosimy wpisać datę wydania pierwszego dyplomu, po którym nadano tytuł zawodowy (w PWZ w tekście pod zdjęciem). Jest to data poprzedzająca wydanie PWZ.**

**3. W polu „Data uzyskania PWZ” prosimy wpisać datę z książeczki Prawa Wykonywania Zawodu (lewy dolny róg na stronie ze zdjęciem).**

**W przypadku jakichkolwiek wątpliwości i pytań prosimy o kontakt telefoniczny z Działem Kształcenia:**

- pod numerem: 42 639 92 62
- lub mailowy na: szkolenia@oipp.lodz.pl, kursy@oipp.lodz.pl lub merytoryczny@oipp.lodz.pl

Emocje są nierozdzielnie połączone z psychiką. Kierują zachowaniem człowieka i wpływają na nastrój, który z kolei, w zależności od tego, jakie ma podłoże, działa motywująco, lub wręcz przeciwnie. Nie można wskazać jednego podstawowego elementu, na który składają się emocje. Są one złożone, nie mają jednego stałego fundamentu, na którym się opierają.

emocje, tym lepsza motywacja do dalszego działania. Pewne jest natomiast to, że emocje, mimo że nie zdajemy sobie z tego sprawy, są bardzo ważnym aspektem życia każdego człowieka. Wpływają nie tylko na samopoczucie, ale na ogólny stan zdrowia. Długi stres, silne emocje, nie tylko szkodzą psychice, ale i całemu ciału, a zatem zdrowiu.

BEATA FELIKSIAK

## Człowiek i emocje



A tym samym składają się z różnych „składników” stanów intencjonalnych np.: poznawcze, fizjologiczno-cielne, neurologiczne, uczuciowe czy związane z ekspresją.

Bez emocji, komunikacja z rzeczywistością, z którą mamy do czynienia na zewnątrz byłaby wręcz niemożliwa. Emocje umożliwią rozpoznanie przez organizm tego jest bezpieczne, a co jest zagrożeniem. Jednak nie stanowią tylko i wyłącznie samych reakcji organizmu na dane przedmioty, ludzi czy zdarzenia. Nierzadko można zaobserwować, że człowiek jest pod wpływem silnych emocji, które wcale nie są spowodowane konkretnym bodźcem.

Kwestia emocji u człowieka nie została jednak do końca wyjaśniona, w tym momencie owszem – potrafimy rozróżnić ich intensywność, długość natężenia, to czy są pozytywne czy negatywne, jakie mają skutki dla nas, jednak nie ma jednej pełnej listy na ten temat. Nie wszystkie emocje są w ten sam sposób przeżywane przez ludzi, dla jednych te negatywne, wcale nie muszą takie być, dla drugich natomiast, im większe

### Negatywne emocje

Powszechnie przyjmuje się, że negatywne emocje to takie, które wywołują u człowieka te mniej pożądane odczucia, jak smutek, strach czy rozdrażnienie jest to uzależnione od konkretnej sytuacji. Tak samo, jak w przypadku emocji pozytywnych, emocje negatywne mają wpływ nie tylko na zachowanie, ale także na podejmowane decyzje. I w tym miejscu należy podkreślić to, że emocje negatywne wcale nie oznaczają złego podejmowania decyzji. Przyjęło się bowiem, iż emocje negatywne oznaczają złe efekty. Jednak jest to błędne przekonanie, ponieważ pojawienie się negatywnych

Negatywne emocje są bowiem nie o tyle bardziej złożone od pozytywnych, co trudniejsze do zaakceptowania oraz wywołują w ludziach te mniej „w końcu nikt nie lubi czuć się zastraszone, zestresowany czy złościć się.

Jednak czy życie bez negatywnych emocji jest niemożliwe. Ludzie nie mogli, nie mogą i nie będą mogli bez nich żyć. Są obecne wszędzie, uczucia jak stres czy lęk dają znak nie tylko dla psychiki, ale dla ciała, że jest coś nie tak jak powinno być, dają znak ostrzegawczy, a tym samym stają się motorem do podjęcia odpowiednich działań. Oczywiście większa ilość doświadczeń życiowych pozwala na wcześniej wykrywanie takie ryzyka, co powoduje, że człowiek oddala się od tego.

emocji powoduje, że po prostu dany człowiek jest w stanie tzw. „nieprzyjemności” (Arystoteles). Negatywne emocje są przede wszystkim kojarzone z przykrymi wydarzeniami, sytuacjami z życia. To też powoduje, że od razu szufladkuje się je jako te, które mają negatywne oddziaływanie na podejmowanie decyzji. Takie pojmowanie jest jednak bardzo ogólnikowe, pozbawione prawdziwego pojmowania tego pojęcia. Z góry negatywne emocje są po prostu zaliczone do tych złych. Wpływ na to ma również pamięć ludzka, która również z góry negatywne emocje mimowolnie łączy z wydarzeniami, które wywołały takie uczucia jak złość czy przykrość.

Nie bez przyczyny negatywne emocje często zastępuje się określeniem trudne emocje. Jest to szczególnie stosowane przez terapeutów. Otóż tego rodzaju emocje wcale nie są „złe” jednak człowiek musi włożyć o wiele więcej siły i zaangażowania w to, aby poradzić sobie z nimi.

Wówczas eliminuje negatywne emocje już na samym początku pojawiania się chociażby najmniejszego sygnału.

Bez negatywnych emocji niemożliwe byłoby wyróżnienie drugiej grupy emocji – pozytywnych. Oczywiście lepiej byłoby, gdyby tych pozytywnych było więcej, jednak nie zawsze jest to możliwe. Jest to uzależnione od wielu czynników, jedno jest jednak pewne, że zarówno jedna, jak i druga grupa wywołuje zmiany w życiu człowieka, jest to nieuniknione, mają wpływ na dalsze zachowania oraz wnoszą coś nowego.

Emocje negatywne, mimo że nie są tak pożądane jak pozytywne, spełniają konkretne zadanie. Otóż powodują, że wykonywanie danej czynności natychmiastowo zostaje przerwane, jednak drugiej strony, aktywności człowieka w tym momencie skupia się na funkcjach poznawczych. Innym rozpoznawalnym znakiem emocji negatywnych jest to, iż mogą być obecne przez bardzo długi czas, mimo, iż aktywność bodźca, który to spowodował dawno już ustąpił.

## Jaki wpływ mają negatywne emocje na człowieka

W przypadku, gdy emocje negatywne pojawiają się w parze z nieracjonalnym działaniem, wówczas dalsze postępowania także ukierunkowane są w nieodpowiednim kierunku, a emocje negatywne tylko to pogłębiają. Z drugiej strony jednak mogą przyczynić się do dalszego, czasami nawet jeszcze bardziej racjonalnego działania. Dzieje się tak, ponieważ myślenie staje się o wiele bardziej dokładne, a wcześniej niezauważalne szczegóły, wnoszą nowy obraz sytuacji.

Człowiek często podejmuje decyzję o przełożeniu wykonania pewnych czynności na późniejszy termin, jednak wpływ negatywnych emocji, które występują w danym momencie sprawia, że zmieniamy nastawienie. Negatywne emocje stają się swego rodzaju motorem napędowym do działania. Przybierają formę motywacji, która pozwala na poczynienie dalszych kroków w działaniu.

Negatywne emocje mają niezmiernie ważne zdania, bowiem są nośnikami informacji o tym, jak poszczególne osoby odbierają otaczający świat. Jaki mają stosunek do osób, przedmiotów itd. Człowiek doświadcza niezliczoną liczbę złych emocji w swoim życiu zarówno tych pozytywnych jak i negatywnych. Zwiększająca się liczba negatywnych emocji, w dużym natężeniu, obecnych przez długi czas może doprowadzić do ciężkiej choroby jest to depresja. Oczywiście negatywne emocje to nie jedyny czynnik, który wpływa na występowanie depresji, jednak jest jednym z wielu.

Według Skali Uczuć Pozytywnych i Negatywnych Watsona i Clark osoby, które doświadczają emocji negatywnych w słabym natężeniu czują się niespodziewanie bardzo dobrze, ponieważ są spokojne, zrelaksowane, odprężone. Z kolei silne, głębokie negatywne emocje powodują uczucie lęku, obaw, nerwowość. Wszystko to uzależnione jest, według przeprowadzonych badań, od natężenia doznawanych przez ludzi, w danej sytuacji emocji negatywnych.

Emocje negatywne nie stanowią zagrożenia dla człowieka, dla jego stanu psychicznego czy fizycznego jest to możliwe wówczas wtedy, kiedy potrafi poradzić sobie z opanowaniem ich skutków. W przeciwnym razie emocje negatywne mogą tak zapanować nad organizmem, że człowiek nie jest w stanie normalnie funkcjonować. Negatywne emocje są naturalne, nie pochodzą z żadnych substancji itd., o czym często ludzie zapominają.

# IV Ogólnopolski Zjazd Pielęgniarek Medycyny Szkolnej

## „Pielęgniarka medycyny szkolnej wobec wyzwań zdrowotnych i organizacyjnych”

W dniach 30–31 sierpnia 2022 r. w Warszawie Polskie Centrum Edukacji zorganizowało kolejny zjazd pielęgniarek medycyny szkolnej. Podczas zjazdu poruszano następujące zagadnienia:

- Wsparcie pielęgniarki szkolnej w pracy z uczniem z doświadczeniem migracyjnym,
- Otyłość i nadwaga wśród uczniów,
- Aktualności w medycynie szkolnej – kwalifikacja do zajęć wf, rekomendacje WHO dla aktywności fizycznej,
- Dopalacze i inne substancje psychoaktywne,
- Jak pomóc dzieciom i młodzieży, kiedy doświadczają lęku ataków paniki,
- Zastosowanie aromaterapii w szkołach w celu łagodzenia stresu, spadku agresji, poprawiania nastroju oraz wspomagania pamięci i koncentracji,
- Jak porozumieć się z pacjentem stosującym alternatywną i wspomagającą komunikację.

W dniu 31 sierpnia prowadzone były warsztaty z podziałem na grupy:

Jak przeprowadzić badania w kierunku wad postawy? Jak dbać o prawidłową postawę uczniów? – zajęcia prowadził Damian Moszczyński, fizjoterapeuta.

Techniki komunikowania się z dzieckiem. Jak radzić sobie z emocjami – zajęcia prowadził Marcin Wanke, trener komunikacji interpersonalnej, andragog.

Pierwsza pomoc – Magdalena Włochowicz.

Wykładem, o którym należy szerzej opowiedzieć, jest prelekcja prof. Hanny Nałęcz z Instytutu Matki i Dziecka pt. „Aktualności w medycynie szkolnej – kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego”. Kwalifikacja do owych zajęć jest uwzględniona we wszystkich badaniach profilaktycznych ucznia, a rolą pielęgniarki jest udostępnienie jej nauczycielom wychowania fizycznego w szkole. Aktywność fizyczna realizowana przez uczniów pełni funkcję stymulacyjną, adaptacyjną, kompensacyjną, korekcyjną oraz profilaktyczną. Każdy uczeń powinien zostać zakwalifikowany przez lekarza do jednej z grup wychowania fizycznego:

- „A” – uczeń zdolny do uczestniczenia w zajęciach wf bez ograniczeń,
- „B” – uczeń zdolny do uczestniczenia w zajęciach wf z ograniczeniami i/lub wymagający specjalnej uwagi nauczyciela wf,
- „C” – uczeń niezdolny do ćwiczeń na zajęciach wf,

- „As” – uczniowie uprawiający sport w szkole lub poza nią,
- „Bk” – uczeń zdolny do uczestniczenia w zajęciach wf z ograniczeniami – wymaga dodatkowych zajęć korekcyjnych,
- „Cf” – uczeń niezdolny do ćwiczeń na zajęciach wf, uczestniczy w rehabilitacji

W przypadku kwalifikacji ucznia do grupy „B” lub „Bk” – lekarz zobowiązany jest do szczegółowego określenia rodzaju ograniczeń oraz zaleceń dla ucznia i nauczyciela wf. Lekarz powinien wskazać również czas, po którym należy przeprowadzić ponowną kwalifikację. Głównym zadaniem pielęgniarki szkolnej jest w razie potrzeby skomunikowanie się z lekarzem, w celu uściślenia wskazań, przekazanie informacji nauczycielom wychowania fizycznego oraz przekonanie go do współpracy i wykorzystania aktywności fizycznej jako narzędzia edukacji do zdrowego stylu życia oraz ochrony i wspierania zasobu, jakim jest zdrowie ucznia.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa minimalny poziom ogólnej aktywności fizycznej dzieci powyżej 5 roku życia. Według tych zaleceń wszystkie dzieci w wieku szkolnym powinny kumulować (sumować) w ciągu każdego dnia średnio 60 minut umiarkowanej aktywności fizycznej. Aktywność fizyczna wiąże się z zajęciami wf w szkole, uprawianiem sportu, zabawami ruchowymi z kolegami itp. Przykłady aktywności fizycznej to: bieg, szybki marsz, jazda na rowerze, taniec, jazda na łyżwach, gra w piłkę. Dzieci powinny być aktywne codziennie przez 60 minut. Uczniowie powinni przynajmniej 3 razy w tygodniu wykonywać intensywne ćwiczenia fizyczne wzmacniające kości, siłę mięśni i gibkość. Po ćwiczeniach

fizycznych uczniowie są zawsze wyciszeni, o tym powinni pamiętać nauczyciele.

Poruszano również kwestię wsparcia pielęgniarek szkolnych w pracy z uczniem z doświadczeniem migracyjnym – przedstawione przez Katarzynę Głodowską. Konieczne w tym celu jest odpowiednie kształcenie, które pozwoli unikać pielęgniarkom czy położnym, problemów związanych z możliwością błędnie postawionej diagnozy i pielęgnacji. Warunkiem efektywnej pracy z pacjentami pochodzącymi z innych kultur jest zbudowanie samoświadomości i zrozumienie zaplecza kulturowego jak również postawa personelu medycznego na zachowania w stosunku do innych kultur i grup społecznych. Dlatego też w kontakcie z osobą obcojęzyczną, należy zachować należytą staranność w celu uzyskania świadomej zgody na zabiegi medyczne. Może wystąpić bariera językowa, która może nieść ryzyko podważenia formy uzyskania świadomej zgody.

Ciekawe zagadnienia przedstawiła również Agnieszka Niedźwiedz, pedagog, psychoterapeuta dzieci i młodzieży. Największym powodzeniem cieszyły się zajęcia z pierwszej pomocy – ćwiczenia na fantomach, prowadzone przez Magdalenę Włochowicz. Obecnie nie ma możliwości ćwiczeń, które są bardzo potrzebne w pracy pielęgniarki. Prowadząca Anna Osińska, pedagog, wykazała się ogromem wiedzy na temat zastosowania aromaterapii w szkołach w celu złagodzenia stresu, spadku agresji, poprawienia nastroju itp.

Konferencję zakończono rozdaniem certyfikatów.

Emilia Buczkowska, Anna Dembek, Dagmara Tomczak

Na ręce Pani Oddziałowej Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w MCM im. dr K. Jonschera mgr Justyny Ramiegi składam podziękowania dla całego zespołu pielęgniarskiego za kompetentną opiekę medyczną, za ogromne zaangażowanie, poświęcenie oraz stworzenie komfortu życia i chorowania dla mojej ukochanej mamy Zofii Kuzaniak-Wilmańskiej.

Dziękuję również za okazanie rodzinie ciepło i serdeczność w tych trudnych chwilach.

Anna Rżanek oraz syn Adam Rżanek

# IV Śląskie Dni Medycyny Stanów Nagłych

W dniach od 30 września do 2 października 2022 r. odbyła się w Wiśle Konferencja „IV Śląskie Dni Medycyny Stanów Nagłych” pod patronatem Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych. Patronat Honorowy sprawowali: prof. dr hab. n. med. Jerzy Ładny – Konsultant Krajowy w dziedzinie Medycyny Ratunkowej, Kierownik Kliniki Medycyny Ratunkowej UM w Białymstoku, dr hab. Zdzisława Dacko-Pikiewicz, prof. AWSB Rektor Akademii WSB w Dąbrowie Górniczej oraz dr inż. Przemysław Malinowski, prof. PWSZ w Nysie.

Komitet honorowy objęła Zofia Małas – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krystyna Ptok – Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych oraz Piotr Dymon – Przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Ratowników Medycznych.

W konferencji uczestniczyło szerokie grono przedstawicieli zawodów medycznych zaangażowanych w opiekę i leczenie pacjentów w stanach nagłych i krytycznych, tj. ratowników medycznych, pielęgniarek i pielęgniarzy, lekarzy, ratowników i funkcjonariuszy służb współpracujących z systemem PRM, studentów kierunków medycznych.

W trakcie konferencji odbyło się VI sesji wykładowych dotyczących interdyscyplinarnych zagadnień związanych z medycyną stanów nagłych w zagrożeniu zdrowia i życia osób wymagających specjalistycznej opieki medycznej. Ponadto w ramach konferencji odbył się Prawniczy Panel Dyskusyjny oraz warsztaty doskonalące umiejętności praktyczne, które cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem uczestników.

## Sesja warsztatowa – posiedzenie szkoleniowe

Tematy warsztatów dotyczyły zarządzania stresem i emocjami w zawodach medycznych, pacjenta pediatrycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u dzieci, zastosowania analgezji w pomocy przedszpitalnej oraz ultrasonografii w stanach nagłych, sposobów tamowania masywnych krwotoków w warunkach pozaszpitalnych, bezpiecznego oddechu – metod wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej w warunkach szpitalnych, przedszpitalnych oraz opiece domowej.

## Sesja inauguracyjna

W sesji inauguracyjnej przedstawiony został problem urazów przenikających tułowia. Niezwykle trudno jest zapewnić kontrolę krwotoku w obrębie tułowia niepoddającego się uciskowi, szczególnie w przypadku urazów. W zdecydowanej większości nie udaje się zatrzymać krwawienia, co prowadzi do wstrząsu, hipoperfuzji mięśnia sercowego, mózgu i zgonu. Jedynym możliwym leczeniem w takich przypadkach jest szybka kontrola krwawienia, otwarta lub wewnętrzna okluzja aorty to skomplikowany i obciążający zabieg, który spowodował konieczność opracowania prostszego, mniej inwazyjnego leczenia,



nia, które można by wdrożyć na oddziale ratunkowym, a nawet w postępowaniu przedszpitalnym. Resuscytacyjna okluzja balonowa aorty REBOA (ang. resuscitation balloon occlusion of the aorta) zapewnia nową metodę stabilizacji pacjentów we wstrząsie krwotocznym w przebiegu krwawienia poniżej przepony. Należy pamiętać, że REBOA jest jedynie tymczasową metodą zaopatrzenia chorego przed ostateczną interwencją w celu uzyskania hemostazy.

## Sesja I

Tematami sesji I były wybrane zagadnienia dotyczące stanów zagrożenia życia w kontekście funkcjonowania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, specyfiki urazów u dzieci i postępowania z chorym dzieckiem wynikającego z jego morfologii, fizjologii, psychiki, innej niż u dorosłych. Poruszono temat optymalizacji PEEP w opiece przedszpitalnej i wczesnoszpitalnej oraz przedstawiono aktualne wytyczne postępowania u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym. Podjęto rozważania na temat intubacji przedszpitalnej, czy zawsze jest ona konieczna dla pacjenta. Należy pamiętać, że intubacja nie jest czynnością łatwą. Wymaga doświadczenia i umiejętności. Mogą się w jej



trakcie zdarzyć powikłania do śmierci włącznie. Dostępne są również inne alternatywne metody udrażniania dróg oddechowych do których należy np. maska krtaniowa LMA.

## Sesja II

W Sesji II omówiono problemy, jakimi są błędy medyczne oraz aktualne zagrożenia odpowiedzialnością karną i cywilną w zawodach medycznych ratownika i pielęgniarki. Przytoczono przykład złamania procedury przez Zespół Ratownictwa Medycznego z lekarzem typu „s”, który przyjechał nad ranem do pacjenta z bólem w klatce piersiowej, z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego (OZW). Lekarz zebrał wywiad, zapoznał się z dokumentacją pacjenta, zlecił wykonanie EKG i podjął decyzję o przetransportowaniu pacjenta do szpitala. Nie użyto krzeselka kardiologicznego. Pacjent opuścił mieszkanie w obecności ratowników i jego rodziny. Na półpiętrze klatki schodowej osunął się i stracił świadomość, doszło do nagłego zatrzymania krążenia (NZK) w mechanizmie migotania komór. W efekcie pacjent zmarł w szpitalu. Bezpośrednią przyczyną śmierci były następstwa nieodwracalnego niedotlenienia ośrodkowego układu nerwowego i uszkodzenia serca wskutek nieprawidłowego leczenia w pierwszych minutach kontaktu zmarłego z Zespołem Ratowniczym.

Sąd Okręgowy w Sieradzu wydał wyrok na podstawie opinii biegłego z zakresu ratownictwa medycznego, z której wynikało niezbicie, że działania wykonywane przez zespół ratowniczy były nieprawidłowe i niezgodne ze sztuką medyczną. Biegły wskazał, że nie wolno było zezwolić pacjentowi na samodzielne zejście po schodach do karetki, gdy zasadą postępowania przy zawale jest ograniczenie ruchu pacjenta. Wskazał, że w braku jego zgody na zniesienie winno być sporządzone stosowne oświadczenie przez niego podpisane. Brak takiego oświadczenia

jest równoznaczny z brakiem poinformowania pacjenta o konsekwencjach, jakie może ponieść schodząc z trzeciego piętra. Ponadto biegły stwierdził, że podstawowe standardy i procedury nie zostały zachowane: nie był wykonany dostęp żylny, pomiar saturacji krwi, nie było podjętej decyzji o tlenoterapii, nie podano pacjentowi żadnych leków. Przy błędzie medycznym muszą występować takie czynniki jak wina, szkoda oraz związek między nimi. Winę w tym konkretnym przypadku stanowi naruszenie zasad prawidłowego postępowania, które wynikają z reguł wiedzy medycznej, a także zasad ostrożności. Szkoda to natomiast uszczerbek, który może przybrać formę szkody majątkowej lub niemajątkowej. Odpowiedzialność cywilna opiera się na zasadzie winy.

Kolejny ważny temat „Nie atakuj medyka” poruszony w trakcie konferencji to ochrona prawna pracowników medycznych a czynna napaść przez pacjentów lub osoby trzecie (np. domowników). Osoby pracujące w ZRM czy w oddziale ratunkowym spotykają się coraz częściej z groźbami karalnymi, łącznie z groźbami pozbawienia życia. Dochodzą do tego: rękoczyn, popychania, bicia, próby uderzenia oraz ugodzenia ostrym narzędziem (nożem, prętem), bronią lub innym niebezpiecznym narzędziem (np. pałąk, krzesłem). Ratownicy medyczni korzystają z ochrony z art. 29 ust. 5, ochrona przewidziana w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2019 r. poz. 1950 i 2128 oraz z 2020 r. poz. 568) dla funkcjonariuszy publicznych.

W związku z tym za atak na członka ZRM może grozić nawet do 12 lat pozbawienia wolności w przypadku ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Większość agresywnych pacjentów jest pod wpływem alkoholu, substancji odurzających. Kary, które są nakładane na agresorów to np. kwoty w wysokości 200 lub 300 zł (czasem zdarza się kara 800 zł), prace społeczne, przeproszenie osoby pobitej. Kary te są nieadekwatne do czynu, którego dopuścił się sprawca. W przypadku napaści na policjanta czy żołnierza, kary są bardziej drastyczne. Należy podkreślić, iż zdarzają się także prowokacje ze strony medyków. U pacjentów natomiast agresja, pobudzenie lub zdeorganizowane zachowanie mogą być objawem chorób somatycznych bezpośrednio zagrażających życiu i zdrowiu oraz innych chorób, tj. zaburzenia psychiatryczne (autyzm, ADHD), zaburzenia psychotyczne (urojeniowe, schizofrenie), zaburzenia lękowe, zaburzenia adaptacyjne, dysocjacyjne, ostra reakcja na stres, zespół stresu pourazowego, stany dysforyczne (uzewnętrznianie przeżywanego emocji, jak gniew, złość, wściekłość – nieadekwatne do sytuacji w postaci agresji słownej lub fizycznej), zaburzenia kontroli impulsów (niemożność powstrzymania impulsu lub żądzy popełnienia czynu szkodliwego wobec innych lub siebie samego), przyjmowanie środków psychoaktywnych lub ich odstawienie, działania niepożądane po użyciu benzodiazepin (zaburzenia zachowania, zwłaszcza u dzieci). W związku z powyższym w kontakcie z pacjentem agresywnym, oprócz kwalifikacji medycznych potrzebna jest wiedza prawna oraz umiejętności zastosowania technik psychologicznych (tzw. „psychologiczne sedowanie”) służących perswazji i uspokojeniu pacjenta oraz zmniejszających napięcie, lęk i agresję.

**Sesja III**

W sesji III odbywał się Prawniczy Panel Dyskusyjny.

**Sesja IV**

Sesję IV rozpoczął ważny temat, jakim jest udar mózgu u dzieci i młodzieży w praktyce podstawowego ZRM. Tradycyjnie definiowany jako nagłe ogniskowe zaburzenie czynności mózgu, utrzymujące się > 24 godzin, powstałe wyłącznie z przyczyn naczyniowych. Jeśli objawy ogniskowe wycofują się przed upływem 24 godzin, rozpoznaje się incydent niedokrwienny. Globalnie zapadalność dzieci na udar mózgu szacuje się na 3,3–6,0/100 tys. na rok, przy czym aż w około 33 proc. do udaru dochodzi w okresie noworodkowym. U dzieci w około 45 proc. przypadków udaru ma charakter krwotoczny. W około 50 proc. przypadków udaru mózgu u dzieci nie udaje się znaleźć jego. W wieku noworodkowym i niemowlęcym udar mózgu nie powoduje typowych (swoistych) objawów.

Badaniem neurologicznym stwierdza się objawy oponowe (głównie w udarach krwotocznych) lub tętnienie i silne wypuklenie ciemiączka, niedowład połowiczny z osłabieniem siły mięśniowej, osłabieniem odruchów głębokich i obniżeniem napięcia mięśniowego, ośrodkowy niedowład nerwu twarzonego, jednostronne porażenie lub osłabienie mięśni podniebienia miękkiego i gardła, jednostronny lub obustronny objaw Babińskiego, zwrot gałek ocznych, nieprawidłowe ciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia oddychania (spadki saturacji). Udar mózgu u dzieci i młodzieży zdarza się rzadko, ale zawsze jest stanem zagrożenia życia i pacjent powinien być bezwzględnie leczony w ramach SOR-u pediatrycznego lub neurologicznego bądź neurochirurgicznego (krwotok podpajęczynówkowy, ciężki krwotok śródmózgowy).

Kolejnym poruszoną tematem były trudne drogi oddechowe w przypadku COVID-19. Intubacja dotchawicza jest specjalistycznym zabiegiem wykonywanym przez anestezjologa lub w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, do którego doszło poza szpitalem, przez lekarza systemu, pielęgniarkę systemu lub ratownika medycznego w celu utrzymania drożności dróg oddechowych, zapewnienia prawidłowej wentylacji pęcherzykowej, oksygenacji i eliminacji CO<sub>2</sub> oraz zabezpieczenia przed zachłyśnięciem. Intubacja dotchawicza pacjenta w zespole ostrej niewydolności oddechowej z COVID-19 jest prawdziwym wyzwaniem i wymaga szczególnych rozwiązań. To klasyczny przykład tzw. fizjologicznych trudnych dróg oddechowych, gdy to nie nieprawidłowości anatomiczne są przyczyną trudności w wykonaniu intubacji, lecz głęboko zaburzone kluczowe funkcje fizjologiczne (w tym wypadku wymiana gazowa). To również przewidywana logistycznie trudna intubacja, ponieważ wykonywana w pełnym rynsztunku Środków Ochrony Indywidualnej, co poważnie ogranicza zarówno uzyskanie optymalnego uwidocznienia dróg oddechowych, jak i komunikację w zespole medycznym. Dodatkowo jest to procedura wysokiego ryzyka areolizacji (AGP). Wskazana jest

dostępność w zespołach wideolaryngoskopów jako metody alternatywnej do trudnej intubacji.

Podaż tlenu u osób z objawami niewydolności oddechowej i wstrząsu (tlenoterapię należy rozpocząć od przepływu 5 l/min. i ewentualnie go zwiększać tak, aby osiągnąć wysycenie (saturację) tlenem hemoglobiny krwi tętnicznej (SpO<sub>2</sub>) ≥ 90% (u kobiet ciężarnych ≥ 92–95%). U dzieci ze specyficznymi objawami (niedrożność dróg oddechowych, cechy ARDS, sinica centralna, wstrząs, śpiączka, drgawki) – utrzymywać SpO<sub>2</sub> ≥ 94%, w pozostałych przypadkach ≥ 90%. Dostęp do tlenu jako uniwersalnego leku dla pacjenta z COVID-19 o wysokich przepływach do 25–27 l/min., na CPAP 60–70 l/min. (odnotowywano problemy ograniczonej dostępności koncentratorów tlenu). Kwalifikacja pacjentów z COVID-19 do hospitalizacji powinna odbywać się na podstawie parametrów krytycznych SpO<sub>2</sub>, tlenoterapia początkowo bierna, następnie wsparcie oddechowe CPAP, wczesna intubacja „trudne drogi oddechowe”, wentylacja zastępcza typu CMV, respiratoroterapia z funkcją PEEP i zastawką DEMAND.

Sesję IV zakończył panel na temat postępowania przedszpitalnego i w warunkach SOR-u w przypadku ciężkich urazów czaszkowo-mózgowych, urazów wielonarządowych, klatki piersiowej oraz urazach okulistywnych.

**Sesja V**

W sesji V przedstawiono ofertę INTER Polska w odpowiedzi na zagrożenia w pracy medyków, dokonano przeglądu i zastosowania preparatów antyseptycznych w praktyce ZRM.

**Sesja VI**

W sesji VI zaprezentowano praktyczne aspekty wykorzystania USG w Zespole Ratownictwa Medycznego, poruszono temat opieki poresuscytacyjnej u pacjentów po NZK (nagłym zatrzymaniu krążenia) oraz ROSC (powrocie spontanicznego krążenia), zabezpieczenia pacjenta wentylowanego mechanicznie z rurką tracheostomijną, omówiono roślinne i syntetyczne środki odurzające, jak również stany nagłe w neurologii. Przeanalizowano sposób współpracy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z jednostkami Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Ważne tematy stanowiły medyczne aspekty ratownictwa jaskiniowego oraz etyka w zawodzie ratownika medycznego.

**Podsumowanie**

Stany nagłe w medycynie to sytuacje dynamiczne, mające bezpośredni wpływ na zdrowie i życie człowieka, z którymi jako medycy spotykamy się w codziennej pracy. Dlatego też, aby sprostać coraz szybciej rozwijającym się trendom w medycynie, Konferencja „IV Śląskie Dni Medycyny Stanów Nagłych” stała się okazją do poszerzenia wiedzy i umiejętności.

mgr piel. Elżbieta Janiszewska  
spec. w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego  
i intensywnej opieki,  
przewodnicząca PTPAiO – Oddział w Łodzi,  
członek PTPR, koła PTP oraz Komisji Kształcenia,  
Promocji i Rozwoju Zawodu przy OIPiP w Łodzi.

**Dorota Skudlarczyk**

Nowotwór złośliwy mózgu - glejak wielopostaciowy IV stopnia

[siepomaga.pl/dorota-skudlarczyk](http://siepomaga.pl/dorota-skudlarczyk)

**Przelew tradycyjny**

Numer konta

**22 2490 1028 3587 1000 0021 7828**

Odbiorca

**Fundacja Siepomaga**

Tytułem

**Darowizna**

**Wyślij SMS**

Numer **75365** Treść **0217828**

Koszt: 6,15 zł brutto (w tym VAT)

plus PLAY orange T-Mobile heyah

**Przekaz 1,5% podatku**

Numer KRS

**0000396361**

Cel szczegółowy

**0217828 Dorota**

[siepomaga.pl/dorota-skudlarczyk](http://siepomaga.pl/dorota-skudlarczyk)

Życie potrafi zaskakiwać i jest nieprzewidywalne. 38 lat pracowałam jako pielęgniarka, będąc świadkiem wielu życiowych tragedii. Nie myślałam jednak, że jedna z nich niebawem spotka i mnie. Przecież to ja byłam od pomagania! Niestety los się odwrócił i teraz sama potrzebuję pomocy...

Nazywam się Dorota Skudlarczyk. Mam 58 lat. Przez 38 lat pracowałam w charakterze pielęgniarki w Klinice Neurologii Szpitala Barlickiego w Łodzi. Przez lata żyłam zupełnie nieświadoma, że w moim organizmie panoszy się okrutny przeciwnik, który po cichu zabierał mi zdrowie. Dopiero w lutym 2022 r. niespodziewanie zdiagnozowano u mnie złośliwy nowotwór mózgu – glejaka wielopostaciowego IV stopnia.

Natychmiast rozpoczęłam długie i wyczerpujące leczenie. Lekarze podjęli decyzję o przeprowadzeniu operacji wycięcia guza, która odbyła się 16.02.2022 r. Zabieg był niezwykle skomplikowany, jednak wszystko przebiegło pomyślnie. Zaraz po nim zaczęłam radioterapię. Obecnie jestem po 30. naświetleniach i aktualnie przechodzę cykl chemioterapii.

Jednak już dziś wiem, że to nie wystarczy. Przy tak ciężkim i nieobliczalnym wrogu, potrzebne jest długotrwałe, specjalistyczne leczenie. Szukając placówek, które specjalizują się w walce z tego typu chorobami, trafiłam na specjalistyczną klinikę w Niemczech, która oferuje immunoterapię – to moje światło w tunelu.

Immunoterapia to innowacyjna strategia leczenia nowotworów polegająca na aktywacji układu immunologicznego, który posiada naturalne mechanizmy obronności przeciwnowotworowej. Metoda jest niezwykle skuteczna i niestety niezwykle droga... Koszt za jeden z trzech etapów leczenia wynosi 31 000 euro! Do tego dochodzą koszty dojazdu i pobytu... To wszystko znacznie przerasta moje możliwości finansowe...

Chcę walczyć na przekór chorobie. Dzisiaj nie mam innych marzeń. Chciałabym tylko wrócić do normalności, spędzić czas z rodziną i przyjaciółmi.

Jeżeli czytasz mój apel, proszę, pomóż mi – w mojej walce liczy się każdy gest, każda wpłacona złotówka, każde udostępnienie. Wierzę, że to jeszcze nie czas, by odchodzić – nie czas, by się żegnać...



Pani

***Ewie Pietras***

wyrazy szczerego współczucia i żalu  
z powodu śmierci męża

***śp. Zbigniewa Pietrasa***

zmarłego po 2-letniej walce z chorobą nowotworową

w imieniu  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
składa  
Przewodnicząca ORPiP w Łodzi  
Agnieszka Kałużna

# PROFILAKTYKA JODOWA

## BROSZURA INFORMACYJNA

W przypadku awarii elektrowni jądrowej i uwolnienia do atmosfery radioaktywnego jodu konieczne jest podanie osobom, przebywającym na zagrożonym terenie, tabletki zawierającej wysokie stężenie stabilnego jodu.

Przyjęcie tabletki nasycy tarczycę stabilnym jodem blokując wchłanianie przez nią radioaktywnego jodu i zapobiegając jego gromadzeniu.

Aby zapewnić odpowiednią ochronę, lek należy przyjąć doustnie, niezwłocznie po otrzymaniu komunikatu od właściwych służb o wystąpieniu skażenia radiacyjnego (najlepiej w ciągu 2 godzin). Przyjęcie tabletek w ciągu 8 godzin od ekspozycji na działanie promieniowania nadal pozostaje korzystne.

Dawkowanie tabletek ze stabilnym jodem zależy od wieku.

Stosowanie dawki większej lub mniejszej od zalecanej może zagrozić zdrowiu.

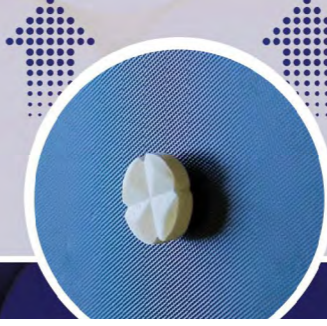
- dorośli do 60 r. ż. i dzieci powyżej 12 r. ż.: 2 tabletki (co odpowiada 100 mg jodu)
- dzieci od 3 do 12 r. ż.: 1 tabletką (50 mg jodu)
- dzieci od 1 miesiąca do 3 r. ż.: ½ tabletki (25 mg jodu)
- noworodki: ¼ tabletki (12,5 mg jodu)
- kobiety w ciąży i karmiące piersią: 2 tabletki (100 mg jodu)



## Wskazówki dotyczące przyjmowania tabletek ze stabilnym jodem

Aby uzyskać odpowiednią dawkę dla niemowląt i małych dzieci, należy przelać tabletkę wzdłuż linii podziału i podać dziecku wskazaną część tabletki.

Tabletki można rozgryzać lub połykać w całości. Dla dzieci karmionych piersią można rozkruszyć tabletki i rozpuścić je w wodzie, syropie lub innym płynie.



## Kiedy nie przyjmować leku?

- jeśli masz uczulenie na jodek potasu lub którykolwiek z pozostałych składników tego leku
- jeśli masz nadczynność tarczycy
- jeśli masz zaburzenie naczyń krwionośnych (zapalenie naczyń z hipokomplementemią)
- jeśli masz choroby autoimmunologiczne połączone ze świądem i pęcherzami na skórze (opryszczkowane zapalenie skóry Duhringa)

# OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI

## UWAŻAJ, JEŚLI:

- stosujesz lub stosowałeś w przeszłości leczenie chorób tarczycy
- występuje u Ciebie nieleczona autonomia tarczycy
- występuje u Ciebie zaburzenie czynności nerek
- masz zaburzenia czynności nadnerczy i stosujesz leczenie z tym związane
- jesteś odwodniony
- przyjmujesz leki hamujące czynność tarczycy, leki moczopędne oszczędzające potas, a także kaptopril, enalapril lub chinidynę

## PAMIĘTAJ! ZWRÓĆ SIĘ O PORADĘ LEKARZA

### przed przyjęciem leku

↑ w przypadku występowania złośliwego nowotworu tarczycy lub takiego podejrzenia

↑ w przypadku zwężenia dróg oddechowych (powodującego trudności w oddychaniu)

### po przyjęciu leku

↑ z noworodkiem w celu skontrolowania czynności tarczycy



# DODATKOWE INFORMACJE



Państwowa Agencja Atomistyki  
i Centralne Laboratorium Ochrony  
Radiologicznej prowadzą stały monitoring  
poziomu promieniowania w atmosferze.  
Wyniki monitoringu oraz komunikaty  
dostępne są na stronie internetowej  
[www.gov.pl/web/paa](http://www.gov.pl/web/paa)

Więcej o zaleceniach i przeciwwskazaniach  
stosowania jodku potasu

 [rejstrymedyczne.ezdrowie.gov.pl](http://rejstrymedyczne.ezdrowie.gov.pl)



JEŚLI WYSTĄPIĄ JAKIEKOLWIEK  
OBJAWY NIEPOŻĄDANE  
ORAZ W PRZYPADKU JAKICHKOLWIEK  
WĄTPLIWOŚCI, SKONTAKUJ SIĘ  
Z LEKARZEM LUB FARMACEUTĄ!



Ministerstwo  
Spraw Wewnętrznych  
i Administracji



Ministerstwo Zdrowia



Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych,  
Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych