



O NAS DLA NAS

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁYMSTOKU

W tym wydaniu:

Praktyka zawodowa

Pielęgniarka okulistyczna
Jestem instrumentariuszką
Wirus HIV – to musisz wiedzieć!

Prewencja Wykroczeń zawodowych

Prawa pacjenta
– czy je znasz i respektujesz?

Nie tylko z naszego regionu

World Coma Day

Zawód okiem młodej pielęgniarki

Być kobietą

Na naszej okładce

Bogusława Wierzbicka,
emerytowana pielęgniarka.
Przez lata związana
z białostocką poradnią
i ambulatorium
chirurgiczno-ortopedycznym.
Wciąż aktywna
– poetka, autorka bajek
dla dzieci, chórzystka.



O NAS DLA NAS

**Informator Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych w Białymstoku**

Wydawca

OIPiP w Białymstoku
ul. Marii Curie-Skłodowskiej 12/19
15-097 Białystok
e-mail: izba@oipip.bialystok.pl
tel. kom. 510 835 623
tel. 85 747 00 16

Zespół redakcyjno-promocyjny

dr n. med. Beata Janina Olejnik,
redaktor naczelna
mgr pielęgniarstwa Dorota Rodziewicz,
sekretarz redakcji
mgr pielęgniarstwa Elżbieta Waluk
mgr pielęgniarstwa Alina Jurczuk
mgr pielęgniarstwa Elżbieta Wasilko
dr n. med. Anna Baranowska
dr n. med. Anna Sienkiewicz
mgr pielęgniarstwa Magdalena Dąbrowska
mgr pielęgniarstwa Katarzyna
Dziwiątkowska-Wigda
mgr pielęgniarstwa Aleksandra Kowalczyk
mgr pielęgniarstwa Katarzyna Marta Malibo
lic. pielęgniarstwa Weronika Puchalska

Opracowanie graficzne i skład

emildruk.pl

**Informator ukazuje się wyłącznie w formie
elektronicznej** – do pobrania ze strony
internetowej www.oipip.bialystok.pl

Zapraszamy do grona autorów

- Artykuł powinien być podpisany imieniem i nazwiskiem autora, prosimy o podanie tytułu naukowego i miejsca pracy i danych do kontaktu, np. numer telefonu, adres e-mail.
- Objętość artykułu nie powinna przekraczać 8 tysięcy znaków ze spacjami.
- Fotografie, ryciny, tabele prosimy przesyłać w osobnym pliku.
- Artykuł prosimy zapisać w programie Word for Windows i przesyłać na adres redakcja@oipip.bialystok.pl
- Artykuł nie powinien być wcześniej publikowany.
- Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, a także zastrzega sobie prawo do redagowania i skracania nadesłanych artykułów i listów.

**Wykorzystywanie części i całości tekstów
bez pisemnego zezwolenia jest zabronione.**

**Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za
treści ogłoszeń i konsekwencje opinii
wyrażonych przez autorów.**

Spis treści

Samorząd to MY. OIPiP w Białymstoku

- 5** Kartki z kalendarza
- 6** Pierwsze posiedzenie Prezydiów NRPiP i NRL

Praktyka Zawodowa

- 8** Pielęgniarka okulistyczna wczoraj i dziś
- 9** Jestem instrumentariuszką
- 11** Wirus HIV – to należy wiedzieć
- 12** Syndrom second victim

Prewencja wykroczeń zawodowych

- 13** Prawa pacjenta – znam i przestrzegam?

Historia, pamięć, wdzięczność

- 14** Jedna z nas. Bogusława Wierzbicka

Nie tylko z naszego regionu

- 16** World Coma Day
- 18** Wciąż coś odkładamy na potem. Felieton
- 19** Być kobietą. Zawód okiem młodej pielęgniarki

Spotkania

- 20** Wyjątkowy czas odnowy duchowej
- 21** Tajemnica Wielkiej Nocy
- 23** Podziękowania i gratulacje



Beata Janina Olejnik

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Koleżanki i Koledzy

W marcu zawsze czekają nas wyjątkowe święta, które dodają koloru codziennemu życiu. I tak 8 marca to doskonała okazja, aby docenić wszystkie kobiety w naszym otoczeniu i podarować im odrobinę miłości i uwagi.

Nie możemy również zapomnieć o... nowym Dniu Ojca. Zaproponowano, by wzorem Hiszpanii, Włoch, Portugalii oraz Chorwacji obchodzony był 19 marca, czyli w uroczystość Świętego Józefa, Oblubieńca Najświętszej Maryi Panny. To doskonała okazja, aby poczuć wdzięczność i szacunek wobec naszych ojców i podziękować im za ich wsparcie i miłość.

Koniec miesiąca przyniesie nam jedno z najważniejszych świąt w kalendarzu chrześcijańskim – Wielkanoc, czyli czas radości, nadziei i odradzania się, dzielenia się radością zmartwychwstania Chrystusa. Zanim 31 marca rozpoczniemy uroczyste śniadanie, weźmiemy do rąk jajko, by podzielić się nim z najbliższymi. To piękny symbol – dla chrześcijan jajko jest przecież znakiem nowego życia, przezwyciężenia śmierci.

Drogie Koleżanki, Koledzy – oby te wyjątkowe święta marcowe przyniosły Wam wiele radości, miłości i wspólnych chwil spędzonych z tymi, którzy są dla Was najważniejsi.

Mamy nadzieję, że w ferworze marcowego świętowania znajdziecie chwilę, by przeczytać kolejny numer naszego biuletynu. Jak co miesiąc chcemy podzie-

lić się z Wami spostrzeżeniami, które nas poruszyły oraz informacjami, które mogą być dla was interesujące. Zapraszamy zatem na ciekawe spotkanie z pielęgniarką okulistyczną, instrumentariuszką, naszymi felietonistami. Poznacie też niezwykłą osobę – koleżankę, która choć od 22 lat jest na emeryturze, wciąż pozostaje aktywna. Wciąż zadziwia i... tworzy poezję.

Wierzmy, że znajdziecie w „O nas. Dla nas” coś dla siebie i że będziecie kontynuować z nami podróż po inspirujących historiach związanych z naszą pracą i regionem. To WY jesteście dla nas motywacją do rozwijania naszego Informatora.

Pozdrawiamy
zespół redakcyjny



*Niezależnie od przekonań religijnych,
Wielkanoc jest czasem, kiedy natura budzi się do życia,
a serca ludzi wypełniają się nadzieją na lepsze jutro.*

*Z okazji Świąt Wielkanocnych życzę Państwu radosnego czasu
w gronie rodziny i przyjaciół.
Niech te świąteczne dni przyniosą wiele uśmiechu,
spokoju oraz nowych nadziei!*

*W imieniu własnym
oraz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku*

*Beata Janina Olejnik
Przewodnicząca ORPIP w Białymstoku*

Wesołych Świąt!

BIURO Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

ul. M. Curie-Skłodowskiej 12/19, klatka II, 15-097 Białystok



PRZEWODNICZĄCA

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Beata Janina Olejnik

tel. kom. 505 854 995

e-mail: b.olejnik@oipip.bialystok.pl

SEKRETARZ

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Dorota Rodziewicz

tel. kom. 500 017 005

e-mail: d.rodziewicz@oipip.bialystok.pl

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Agata Panas

tel. kom. 696 674 190

e-mail: oroz@oipip.bialystok.pl

OROZ pełni dyżur w OIPiP w Białymstoku:

w 2 i 4 środę miesiąca

w godzinach: 15:00 – 17:00

SKARBNIK

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Elżbieta Waluk

e-mail: e.waluk@oipip.bialystok.pl

SEKRETARIAT BIURA

Alina Klimeczuk

tel. kom. 510 835 623

tel. 85 747 00 16 wew. 32

tel. 85 744 11 09

e-mail: izba@oipip.bialystok.pl

REJESTR PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Uznawanie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych

Ośrodek Informacyjno-Edukacyjny

Biuletyn Informacji Publicznej System IMI

(Internal Market Information System)

Katarzyna Rymarczyk

tel. kom. 780 598 527

tel. 85 747 00 16 wew. 33

e-mail: k.rymarczyk@oipip.bialystok.pl

DZIAŁALNOŚĆ MERYTORYCZNA

Rejestr podmiotów wykonujących

działalność leczniczą

Rejestr podmiotów prowadzących

kształcenie podyplomowe

Przeszkolenia po ponad 5-letniej przerwie

w wykonywaniu zawodu

Biblioteka

Istnieje możliwość zamówienia książek

telefonicznie i odbiór w godzinach pracy

biura OIPiP

IBUK Libra

Obsługa SMK System Monitorowania

Kształcenia Pracowników Medycznych

Dorota Rojsza

tel. kom. 690 537 891

tel. 85 747 00 16 wew. 34

e-mail: d.rojsza@oipip.bialystok.pl

każdy pierwszy wtorek miesiąca

praca w terenie (kontrole)

KSIĘGOWOŚĆ

Mariola Bogdan

tel. kom. 786 972 094

tel. 85 747 00 16 wew. 35

e-mail: m.bogdan@oipip.bialystok.pl

KASA

Alina Packiewicz

tel. kom. 786 972 094

tel. 85 747 00 16 wew. 36

RADCA PRAWNY

Dariusz Prokopowicz

tel. kom. 510 835 668

Udziela członkom OIPiP w Białymstoku

porad prawnych, dotyczących wykonywania

zawodu pielęgniarki i położnej:

w każdy poniedziałek w godz. 12-15 – osobiście

w siedzibie OIPiP (po uprzednim uzgodnieniu

z sekretariatem tel. 85 747 00 16 wew. 32)

od wtorku do piątku w godz. 9-15

INSPEKTOR DANYCH OSOBOWYCH

tel. kom. 510 835 668

e-mail: ido@oipip.bialystok.pl

Numer konta:

PKO Bank Polski S.A. I O/Białystok

21 1020 1332 0000 1702 0026 1180

Godziny pracy biura

poniedziałek..... 7:30 – 15:30

wtorek..... 7:30 – 15:30

środa..... 10:00 – 18:00

czwartek..... 7:30 – 15:30

piątek..... 7:30 – 15:30

Kartki z kalendarza

Najistotniejsze aktywności ORPiP w Białymstoku.

Autor tekstu: mgr pielęgniarstwa Dorota Rodziewicz, sekretarz ORPiP w Białymstoku

Luty 2024

02.02.2024

Spotkanie z pielęgniarkami i higienistkami szkolnymi zorganizowane przez NZOZ „PROMED-SCHOL” Danuta Szotko w OIPiP w Białymstoku.

02.02.2024

Spotkanie w sprawie rozbudowy systemu obsługi samorządu pielęgniarek i położnych w trybie online – uczestniczyła Dorota Rodziewicz, sekretarz ORPiP.

05.02.2024

Posiedzenie Komisji ds. Pomocy Socjalnej. Przedmiotem posiedzenia było przyznanie zapomóg z powodu trudnych sytuacji losowych 4 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku.

05.02.2024

Posiedzenie Komisji ds. Dofinansowania Kosztów Kształcenia Poddyplomowego. Przedmiotem posiedzenia było przyznanie zapomóg:

- kosztu udziału w studiach II stopnia kierunku pielęgniarstwo i położnictwo 7 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku,
- kosztu udziału w szkoleniu specjalizacyjnym 7 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku,
- kosztu udziału w kursie kwalifikacyjnym 1 członkowi samorządu OIPiP w Białymstoku,
- kosztu udziału w kursie dokształcającym 1 członkowi samorządu OIPiP w Białymstoku.

08.02.2024

Spotkanie Zespołu ds. Licencjonowania Zawodu zorganizowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w Warszawie – uczestniczyła Beata Janina Olejnik, przewodnicząca ORPiP.

09.02.2024

Posiedzenie Komisji Konkursowej mającej na celu przeprowadzenie postępowania konkursowego na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choroszczy – uczestniczyła Beata Janina Olejnik, przewodnicząca ORPiP.

12.02.2024

Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu, Oddziału Leczenia Ostre Zaburzeń Psychicznych, II Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu, Oddziału Ogólnopsychiatrycznego V, Oddziału III-Psychogeriatryi oraz Oddziału Geriatrii Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. dr Stanisława Deresza w Choroszczy – przewodniczyła Agata Panas, jako przedstawiciele ORPiP w Białymstoku udział wzięły Elżbieta Waluk i Barbara Bebko.

15.02.2024

Posiedzenie Zespołu Redakcyjno-Promocyjnego.

16.02.2024

Posiedzenie Komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarek oddziałowych: Oddziału Wewnętrznego, Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej oraz na stanowisko Położnej Oddziałowej Oddziału Ginekologicznego i Położniczo-Noworodkowego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim – przewodniczyła Bożena Kostro, jako przedstawiciele ORPiP w Białymstoku udział wzięły: Elżbieta Wasilko i Barbara Bebko.

20.02.2024

Spotkanie Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w OIPiP w Białymstoku.

21.02.2024

Posiedzenie Komisji ds. Położnych.

21.02.2024

Spotkanie z Położnymi Rodzinnymi POZ w OIPiP w Białymstoku – uczestniczyły Beata Janina Olejnik, Elżbieta Wasilko, Dorota Rodziewicz, Elżbieta Waluk, Barbara Bebko.

26.02.2024

Spotkanie w sprawie budowy nowego systemu obsługi samorządu pielęgniarek i położnych dotyczące modułu „Obsługa oznaczeń samorządu” w trybie online – uczestniczyła Katarzyna Rymarczyk, specjalista ds. rejestru pielęgniarek i położnych.

28.02.2024

Posiedzenie Komisji Konkursowej w celu wydania opinii w przedmiocie zatrudnienia na stanowisko pielęgniarki oddziałowej: Oddziału Rehabilitacyjnego, Oddziału Pediatrycznego, Oddziału Chirurgicznego Ogólnego z łózkami leczenia bólu i z pododdziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mońkach – przewodniczyła Bożena Kostro, jako przedstawiciele ORPiP w Białymstoku udział wzięły: Dorota Rodziewicz i Elżbieta Waluk.

28.02.2024

Konwent Przewodniczących ORPiP organizowany przez NR-PiP w Warszawie – uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Beata Janina Olejnik.

28.02.2024

Kompleksowa kontrola działalności Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku w zakresie finansów i w sprawach gospodarczych za okres od 01.10.2023 do 31.12.2023 roku.

Pierwsze posiedzenie Prezydiów NRPiP i NRL

15 lutego 2024 r. Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej obradowały na wspólnym posiedzeniu.

W spotkaniu wzięła udział Przewodnicząca ORPiP w Białymstoku Beata Olejnik.

Razem pracujemy i mamy wiele wspólnych problemów. Jeśli rozwiążemy je wspólnie, to rozwiązania te są komplementarne. Celem jest uporządkowanie spraw, które utrudniają nam pracę i opiekę nad pacjentem. Cieszę się, że wspólnie z prezesem Łukaszem Jan-kowskim udało nam się ustalić wspólne obszary działania. Jestem przekonana, że to pierwsze, ale nie ostatnie takie posiedzenie – powiedziała Mariola Łodzińska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Omawiano wiele istotnych kwestii, m.in. projekt stanowiska dotyczącego zmiany zasad odpowiedzialności personelu medycznego za zdarzenia niepożądane, kształcenia lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych. Zgodnie podkreślono potrzebę utrzymania odpowiednich standardów nauczania przyszłych medyków. W procesie kształcenia pielęgniarek i położnych należy m.in. określić poziomy kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów i dziedzin kształcenia podyplo-



mowego oraz wskazać uprawnienia do realizacji konkretnych świadczeń zdrowotnych. Wskazano także na konieczność zamknięcia lub wygaszenia kierunków lekarskich i lekarsko-dentystycznych,

które nie uzyskały pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej i wykorzystania potencjału uniwersytetów medycznych i akredytowanych jednostek do kształcenia personelu lekarskiego.

Przedstawiciele samorządów pochyli się także nad problemem znajomości języka polskiego przez osoby uzyskujące prawo wykonywania zawodu w dziedzinie medycyny. Przedstawiciele samorządów przywołali przykłady toczących się w pionach odpowiedzialności zawodowej spraw lekarzy i pielęgniarek, którzy – nie rozumiejąc i nie władając językiem polskim w zawodzie narazili pacjentów na utratę życia i zdrowia. W podjętym stanowisku wskazano, że znajomość języka polskiego jest nieodzowna do efektywnej komunikacji z pacjentami oraz członkami zespołu opiekującego się pacjentem oraz zapewnienia bezpieczeństwa i jakości świadczeń medycznych.

Przyjęto także stanowisko dotyczące zmiany zasad odpowiedzialności personelu medycznego za zdarzenia niepożądane. Omawiany projekt stanowił podstawę do dyskusji nad ochroną interesów i dobra pacjentów oraz wyznaczaniem



granic postępowania medycznego w sytuacjach kontrowersyjnych. Samorzady – pielęgniarek i położnych oraz lekarzy – oczekują przywrócenia możliwości bezpiecznego leczenia i zadeklarowały wspólne dążenie do wprowadzenia w życie klauzuli wyższego dobra.

Samorządom zależy na uregulowaniu obszaru medycyny estetycznej, która w ostatnich latach bardzo dynamicznie się rozwija, a jest praktycznie nieuregulowana. Celem jest stworzenie jasnych i sprecyzowanych wytycznych dla pielęgniarek i położnych oraz lekarzy zajmujących się tym zakresem.

W wolnych wnioskach omówiono m.in. kwestię samodoskonalenia zawodów medycznych, w tym przyznawania i egzekwowania punktów edukacyjnych, znieczuleń w opiece okołoporodowej oraz transplantologii i rozmów z pacjentami o pobieraniu organów do przeszczepów.

Oba Prezydya podkreśliły znaczenie współpracy między samorządami, zarówno na rzecz bezpieczeństwa leczenia, jak i ochrony praw zawodów medycznych. Jednocześnie postanowiono kontynuować dialog w celu ustalenia dalszych działań na rzecz rozwoju ochrony zdrowia oraz podniesienia standardów świadczonych usług. Postanowiono, że wspólne posiedzenia będą odbywać się co pół roku.

Źródło: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. □



Pielęgniarka okulistyczna wczoraj i dziś

Współczesne pielęgniarstwo podlega ciągłym przeobrażeniom. To efekt dynamicznego rozwoju medycyny, doskonalenia technologii i dostępu do coraz nowocześniejszego sprzętu. Daje to ogromne możliwości efektywnego leczenia i działania placówek ochrony zdrowia, a co za tym idzie – pomocy chorym na niespotykaną dotąd skalę. Jedną z dziedzin medycyny, która rozwija się we wręcz błyskawicznym tempie jest właśnie okulistyka.

Autor tekstu: mgr specjalista w dzianinie pielęgniarstwa Urszula Karna-Matyjaszek, pielęgniarka oddziałowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Jestem pielęgniarką z 30-letnim stażem pracy w zawodzie, a od ponad 20 lat pełnię funkcję pielęgniarki oddziałowej w Klinice Okulistyki USK w Białymstoku. Z perspektywy czasu mogę powiedzieć, że dokonała się tu wręcz rewolucja, jeżeli chodzi o organizację pracy całego zespołu, w tym także pielęgniarstwa.

W chwili obecnej 90% zabiegów wykonuje się w trybie jednodniowym. Są to głównie operacje zaćmy, jaskry, a także witrektomie. Jeszcze kilkanaście lat temu pacjent operowany z powodu zaćmy przebywał w szpitalu od trzech do pięciu dni, a pacjent operowany z powodu odwarstwienia siatkówki nawet dwa tygodnie. W ciągu dnia wykonywano 3–5 zabiegów. Rozwój mikrokirurgii oka, w tym doskonalenie technik operacyjnych, pozwolił skrócić pobyt pacjenta na oddziale do minimum i jednocześnie zwiększyć liczbę operowanych chorych. Dzisiaj w klinice wykonuje się 20–25 zabiegów operacyjnych dziennie. Dzięki temu całkowicie została zlikwidowana kolejka oczekujących na operację zaćmy.

Kiedy zaczynałam swoją pracę w oddziale, rola pielęgniarek okulistycznych sprowadzała się głównie do zadań opiekuńczo-pielęgnacyjnych. W chwili obecnej wykonują one wiele czynności, które wcześniej zarezerwowane były wyłącznie dla lekarzy. Przede wszystkim znacząco wzrósł udział pielęgniarek w badaniu okulistycznym. Przyczyniło się do tego Ambulatorium Okulistyczne, które zostało stworzone na potrzeby kwalifikacji chorych do zabiegów operacyjnych. Zatrudnione tam pielęgniarki przeprowadzają dokładny wywiad, wykonują badanie ostrości wzroku,



refrakcji, pomiar ciśnienia śródgałkowe – go. Następnie pacjent jest dokładnie badany przez lekarza okulistę. Chory, który „przechodzi” przez ambulatorium jest kompleksowo przygotowany do zabiegu operacyjnego. Ma również pobraną krew na badania i wykonane EKG. W dniu zabiegu pozostają więc do wykonania tylko niezbędne czynności, np. przyjęcie chorego na oddział w trybie jednodniowym, podanie leków zleconych przez lekarza, w tym także kropli znieczulających oko, opieka przed- i pooperacyjna.

Oddział pobytów dziennych i oddział chorych leżących to kolejne miejsca, gdzie swoje zadania wykonują pielęgniarki zatrudnione w klinice. Dłuższej hospitalizacji wymagają osoby opero-

wane w znieczuleniu ogólnym, pacjenci z urazami oraz wymagający leczenia zachowawczego. Zazwyczaj przebywa na oddziale i wymaga opieki pielęgniarstwa około 10–15 chorych.

Integralną częścią kliniki jest blok operacyjny. Pacjenci są operowani na trzech salach operacyjnych. Jedną z nich służy głównie do zabiegów w znieczuleniu ogólnym i organizacyjnie podlega kierownictwu bloku operacyjnego. Na dwóch pozostałych zabiegi odbywają się w znieczuleniu miejscowym. Sale te należą do struktur zarządzanych przez klinikę. Bardzo dużym wyzwaniem było więc zbudowanie zespołu instrumentariuszek, które – oprócz pracy na bloku operacyjnym – umiałyby się także odnaleźć w pracy na oddziale.

W klinice znajdują się także dwie sale zabiegowe. Jedną służy do wykonywania iniekcji doszkliskowych pacjen-

Spółeczeństwo się starzeje, wydłuża się długość życia, a każdy chce funkcjonować, jak najdłużej i w jak najlepszej formie. Rola wzroku jest więc nie do przecenienia. Mówi się nawet, że jest on „królem zmysłów”.

tom w ramach programów lekowych – wykonuje się ich 80–100 tygodniowo. Druga sala służy do zabiegów, które nie wymagają warunków, które panują na bloku operacyjnym.

W strukturach kliniki znajduje się również pracownia angiografii fluoresceinowej, gdzie do wykonania badania niezbędne jest podanie przez pielęgniarkę kontrastu drogą dożylną.

Aby zamknąć listę obszarów, w której pracują pielęgniarki, należy

jeszcze wymienić gabinet zabiegów laserowych. Liczba i różnorodność zadań, jakie należą do zespołu pielęgniarskiego jest ogromna. Praca pielęgniarek wymaga więc ciągłego dokształcania się i zdobywania nowych umiejętności. Ponad połowa zespołu ma ukończony kurs operacyjny, który daje uprawnienia do pracy na bloku operacyjnym. Mamy też cykliczne szkolenia dotyczące badania okulistycznego. Aktualnie, dzięki pomocy Pielęgniarki Naczelnej dr Barbary

Bebko, prawie cały zespół uczestniczy w kursie specjalistycznym „Kompleksowa opieka pielęgniarska w schorzeniach narządu wzroku”. Pielęgniarki, które są zatrudnione w klinice nie są sztywno przypisane do swoich stanowisk, umieją odnaleźć się we wszystkich obszarach. Większość z nich to samodzielni specjaliści z wysokimi kompetencjami. Muszę przyznać, że kierowanie takim zespołem jest wyzwaniem – wymaga nie tylko wiedzy, ale i umiejętności logistycznych. ▣

Jestem instrumentariuszką

Instrumentariuszka w obrębie bloku operacyjnego zawsze ma związane włosy, nosi czapkę medyczną, nie wolno jej mieć biżuterii innej niż małe kolczyki i przebiera się w różnie dopasowane ubranka operacyjne. Zbyt mało wymagań? A więc dodajmy: oczekuje się od niej ogromnej dyscypliny, wiedzy, czyhają liczne zagrożenia. Mimo to mówi o swojej pracy „satysfakcjonująca i pasjonująca”.

Autor tekstu: dr n. o zdr. Alicja Szylejko – specjalista pielęgniarstwa operacyjnego, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Pielęgniarstwo operacyjne jest autonomiczną i specjalistyczną dziedziną szeroko rozumianego pielęgniarstwa. W dzisiejszych czasach traktowane jako oddzielna dziedzina wiedzy i praktyki. Niektórzy uznają ją za jedną z dziedzin pielęgniarstwa chirurgicznego. Podlega niezwykle dynamicznym zmianom wynikającym zarówno z postępów medycyny, jak i rozwoju biotechnologicznego. Wymaga ustawicznego doskonalenia umiejętności w zakresie wielu, zróżnicowanych technik operacyjnych, obejmujących zarówno procedury małoinwazyjne, poprzez rozległe operacje rekonstrukcyjne, do w pełni zautomatyzowanych zabiegów z użyciem robotów chirurgicznych.

Spojrzenie wstecz

Początków pielęgniarstwa operacyjnego należy doszukiwać się w bardzo odległych czasach. Pierwsze instrumentariuszki nie zawsze były pielęgniarkami. Pierwowzorów należy poszukiwać wśród leczących kapłanek, które musiały zajmować się rannymi współplemioncami. W późniejszych czasach obecne były wśród uczniów cyrulików, a także żon chirurgów. Po II wojnie światowej, z powodu braku pielęgniarek, szkolone były przez chirurgów, a następnie – po odbyciu kursu – przystępowały do egzaminu, po którym otrzymywały dyplom pielęgniarki. Dynamiczny rozwój wiedzy medycznej oraz nowoczesnych technik



Alicja Szylejko

operacyjnych spowodował, że pielęgniarstwo operacyjne stało przed obliczem nowych wyzwań. Wymaga to od adeptów tego zawodu nie tylko wysoko specjalistycznej, ale i multidyscyplinarnej wiedzy. Osiągnięcie tego jest możliwe poprzez ustawiczne dokształcanie.

Kompetencje

Pielęgniarka operacyjna jest osobą mającą uprawnienia do pielęgniarstwa asysty w czasie zabiegów operacyjnych

w różnych dyscyplinach zabiegowych – priorytetowym jej zadaniem jest całłościowe, samodzielne i profesjonalne przygotowanie do zabiegu operacyjnego i asystowanie w czasie jego trwania. Ponadto nadzoruje ona cały proces spełniania wymagań stawianych w warunkach współczesnego bloku operacyjnego. Wymagana jest od niej znajomość i dobór odpowiednich narzędzi, materiałów szewnych i obsługi aparatury medycznej, wykorzystywanych w czasie

wysokospecjalistycznych zabiegów. Ponadto musi wykazywać się umiejętnością radzenia sobie zarówno w czasie zabiegów planowych, jak i tych wykonywanych w ramach ostrego dyżuru. Praca instrumentariuszki obejmuje szereg działań opartych na wiedzy o teoretycznym i praktycznym przebiegu operacji z uwzględnieniem działań operacyjnych oraz ewentualnych odchylen od standardowego przebiegu danej operacji.

Instrumentowanie dotyczy również predyspozycji mentalnych, takich jak analizowanie i wyciąganie wniosków z wypowiedzi operatora, jego asysty i innych członków zespołu operacyjnego. Ponadto obejmuje także predyspozycje manualne takie jak: szybkie, umiejętne i celowe, najlepiej instynktowne, bez wezwania operatora, podawanie narzędzi i innych materiałów potrzebnych w trakcie operacji.

Multidyscyplinarna wiedza

Pielęgniarka operacyjna – dziewczyna w masce, którą spotkasz w obrębie bloku operacyjnego, zajmuje czołowe miejsce w zespole operacyjnym – to dodatkowe ręce chirurga, osoba o ogromnej sile fizycznej i psychicznej. Świetnie rozumie mowę werbalną i niewerbalną. Często bowiem, bez używania słów, przewiduje każdy ruch operatora i asysty przy stole operacyjnym, decyzyjna i sprawna manualnie. Odpowiedzialna za siebie, koleżanki po fachu, lekarzy, ekipę sprząającą, a przede wszystkim za bezpieczeństwo pacjenta w warunkach sali operacyjnej.

Jest osobą opanowaną, komunikatywną i umiejętnie współpracuje w zespole. Wyróżnia się łatwym i płynnym przystosowaniem do zmian, szybko reaguje w sytuacjach nagłych. To ona podczas każdego zabiegu skrupulatnie dba o czystość narzędzi, jałowość pola operacyjnego i skrupulatnie liczy zużyty materiał.

Praca instrumentariuszki zaczyna się już przed przyjazdem pacjenta na blok operacyjny. Jej zadaniem jest profesjonalne zgromadzenie i przygotowanie potrzebnego sprzętu, urządzeń, narzędzi i materiałów jednorazowego użytku, aby cały zabieg operacyjny przebiegał w możliwie optymalny sposób.

W czasie każdego zabiegu operacyjnego wymagana jest obecność co najmniej dwóch pielęgniarek operacyjnych – pielęgniarki operacyjnej instrumentującej i pomagającej. Instrumentująca asystuje chirurgowi do zabiegu operacyjnego, pomagająca natomiast asystuje instrumentującej. Taki podział zadań i obowiązków jest konieczny, aby zapewnić jak najlepszą jakość przeprowa-



dzanych procedur zabiegowych. Obszar działań pielęgniarek operacyjnych obejmuje zarówno czynności przedoperacyjne, śródoperacyjne oraz pooperacyjne. Ponadto prowadzą dokumentację medyczną, czuwają nad ciągłą pracą bloku operacyjnego oraz współpracując z lekarzami, koordynują kolejność wykonywanych zabiegów.

Zagrożenia i wyzwania

Praca w charakterze pielęgniarki operacyjnej to też szereg zagrożeń zdrowotnych. Obejmują one czynniki biologiczne, chemiczne, fizyczne, mechaniczne i czynniki psychofizyczne. Do najważniejszych czynników biologicznych należą patogenne mikroorganizmy – bakterie, wirusy, riketsje, grzyby i pierwotniaki oraz wytwarzane przez nie toksyny i alergen pochodzące z kontaktu z chorymi i ich płynami ustrojowymi. Zagrożenia chemiczne obejmują szereg szkodliwych substancji obecnych w środkach dezynfekcyjnych, czyszczących, sterylizacyjnych, stosowanych do utrwalania preparatów, gazach anestetycznych, dymie z koagulacji tkanek oraz alergię na lateks, wchodzący w skład rękawic oraz pyłu pochodzącego z tych rękawic. Do grupy czynników fizycznych stwarzających zagrożenie na stanowisku pracy pielęgniarki operacyjnej należą przede wszystkim: działanie promieniowania jonizującego, elektromagnetycznego, laserowego, hałas. Czynniki mechaniczne to głównie urazy powstałe w wyniku zakłuć igłą, ostrymi narzędziami lub ostrymi krawędziami kości oraz układu szkieletowo-mięśniowego podczas dzwigania ciężarów. Bardzo istotną grupę zagrożeń stanowią czynniki psychofizyczne. Zaliczamy do nich zarówno zmęczenie i dolegliwości bólowe spowodowane pracą w wymuszonych pozycji, stres spowodowany długimi godzinami pracy, pracą zmianową,

kontaktem z pacjentami po wypadkach, udziałem w pobieraniu narządów i transplantacji, zgonem pacjenta, pracą z wieloma zespołami chirurgów i w różnych dyscyplinach zabiegowych. Długotrwała ekspozycja na powyższe zagrożenia może prowadzić do wielu zaburzeń psychosomatycznych, nałogów czy wypalenia zawodowego. □

Relacja mistrz-uczeń

Specjalizacja operacyjna uznawana jest z jednej strony za bardzo ciekawą, a z drugiej za bardzo trudną ze względu na duże obciążenie fizyczne i psychiczne. To co przyciąga do tej profesji, to pasjonująca praca w wielodyscyplinarnym zespole operacyjnym i ciągle nowe wyzwania. Niesamowitą satysfakcję daje możliwość uczestnictwa w przywracaniu i ratowaniu zdrowia i życia pacjentów. Salę operacyjną możemy porównać do sceny teatru, na której każdy z członków zespołu operacyjnego odgrywa swoją rolę, aby profesjonalnie i bezpiecznie przeprowadzić pacjenta przez zabieg operacyjny. Gdy na stół operacyjny trafia pacjent, niezbędna jest umiejętność szybkiego działania i podejmowania decyzji.

W tej specjalności ideałem jest relacja mistrz-uczeń. Rolę mistrza sprawuje pielęgniarka z długim stażem pracy, doświadczeniem zawodowym, która krok po kroku pokazuje nowym adeptom, jak poruszać się w tym specyficznym, wręcz technicznym świecie. I nie bać się stosu narzędzi, do każdego z poszczególnych zabiegów – innego do laparotomii, innego do laparoskopii, a jeszcze innego do zabiegów endoskopowych, przeciewkowych. Do tego dochodzi sprzęt dodatkowy: kolumny z torami wizyjnymi, źródła światła, wiertarki, endoskopy i... wiele, wiele innych.

Wirus HIV – to należy wiedzieć

W Polsce wciąż za mało rozmawia się o zakażeniu wirusem HIV. Dlatego rozpoczynamy cykl artykułów dotyczących tego problemu. Postaramy się przyrzeć temu, jak jest, jak być powinno i dlaczego tak nie jest. Na początek pigułka wiedzy.

Autor tekstu: dr n. o zdr. mgr pielęgniarstwa Marta Milewska-Buzun

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) to ludzki wirus upośledzenia odporności należący do rodziny *Retroviridae*, rodzaju *Lentivirus*, doprowadzający do stopniowej degradacji układu odpornościowego gospodarza. W efekcie dochodzi do rozwoju immunosupresji, nazwanej zespołem nabytego upośledzenia odporności – AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), w przebiegu której u osoby zakażonej wirusem HIV rozwijają się tzw. schorzenia oportunistyczne. Doprowadzają one w konsekwencji do zgonu.

Na podstawie różnic genetycznych oraz antygenowych wyróżniono dwa typy wirusa: HIV-1 i HIV-2. Choć nadal wskazuje się na tzw. kluczowe populacje dla rozprzestrzeniania się wirusa HIV, należy pamiętać, że potencjalne ryzyko występuje w stosunku do każdej osoby, która podjęła życie seksualne.

Epidemiologia

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2022 roku na świecie żyło około 39 mln osób zakażonych wirusem HIV, z czego mniej więcej 1,5 mln stanowiły dzieci w wieku 0–14 lat. Z raportu Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych ds. Zwalczania HIV i AIDS (UNAIDS) wynika, że za ponad połowę nowych zakażeń wirusem HIV odpowiada Afryka Subsaharyjska, niemniej wyraźnie wzrósł udział nowych zakażeń HIV w rejonach nieafrykańskich.

Liczba zdiagnozowanych osób zakażonych wirusem HIV w Polsce na dzień 31 grudnia 2022 roku wynosiła 30 092 obywateli Polski i osób innego obywatelstwa przebywających na terenie naszego kraju. Wśród ogółu zarejestrowanych zakażonych było co najmniej 6 462 osób zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 2 288 zakażonych poprzez kontakt heteroseksualny oraz 4 872 poprzez kontakt seksualny pomiędzy mężczyznami. Na dzień 31 grudnia 2022 roku leczeniem antyretrowirusowym (ARV) objętych było około 18 199 pacjentów. Do zakażenia HIV może dojść przy kontakcie z zakażoną krwią, nasieniem, preejakulatem, wydzieliną z pochwy,

„Czerwona kokardka”

to symbol solidarności z osobami żyjącymi z HIV i AIDS, ich rodzinami i przyjaciółmi. Symbolizuje poświęcenie i zaangażowanie w walkę z AIDS. Stanowi pierwszy krok na drodze upowszechnienia problematyki HIV i AIDS.



ludzkim mlekiem (tzw. zakażenia wertykalne).

Proces zakażenia komórki przez wirusa składa się z kilku następujących po sobie faz, będących efektem interakcji między komórką wrażliwą na zakażenie, a cząsteczką wirusa.

Wirus HIV zakaża głównie limfocyty T pomocnicze CD4+, które w warunkach fizjologicznych koordynują odpowiedź odpornościową swoistą limfocytów T oraz B w celu ochrony przed patogenami. W wyniku różnych mechanizmów, które obejmują apoptozę niezakażonych komórek, uszkodzenie komórek zakażonych oraz ich eliminację przez cytotoksyczne limfocyty CD8 dochodzi do spadku limfocytów T CD4. Kiedy poziom komórek CD4 osiągnie krytyczne minimum, odpowiedź komórkowa zanika, a zakażony organizm coraz bardziej staje się podatny na zakażenia oportunistyczne.

Objawy zakażenia wirusem HIV

Zakażenie wirusem HIV prezentuje szeroki wachlarz objawów klinicznych, na który składa się wiele czynników, takich jak stopień zaawansowania immu-

nosupresji, płeć, wiek, czy stosowanie lub niestosowanie terapii ARV. Przebieg zakażenia definiowany jest przez parametry kliniczne (fazy A, B, C) oraz immunologiczne (poziom limfocytów CD4+).

Na wczesny okres choroby (faza A) składają się:

- Ostra choroba retrowirusowa, którą charakteryzuje nagły początek, a objawy utrzymują się przez okres około 3 tygodni. Do najbardziej typowych symptomów należą: gorączka, zapalenie gardła, powiększenie węzłów chłonnych, wysypka, bóle mięśni i stawów, zmęczenie, bóle brzucha z biegunką.
- Okres bezobjawowy, który występuje po fazie pierwotnej wirerii i nie wykazuje objawów klinicznych. W okresie tym następuje powolne, ale stałe zmniejszanie się liczby limfocytów T CD4 z jednoczesnym wzrostem wirerii i stałą aktywacją układu immunologicznego. U osób nieleczonych lekami antyretrowirusowymi może trwać od 1,5 roku do 15 lat.
- Przewlekła uogólniona limfadenopatia, która objawia się powiększe-

niem węzłów chłonnych powyżej 1 cm, najczęściej dotyczy węzłów szyjnych i pachowych.

W okresie klinicznym B zakażenia, występują choroby i stany, które nie zaliczają się do tzw. chorób wskaźnikowych AIDS. Jednocześnie wskazują one na upośledzenie odporności komórkowej. Zaliczamy do nich biegunkę trwającą ponad miesiąc, gorączkę powyżej 38,5°C, neuropatię obwodową, samoistną płamnicę małopłytkową, dysplazję i raka *in situ* szyjki macicy, zakażenia bakteryjne, grzybicze (kandydozy) i wirusowe (półpasiec), leukoplakię włośni.

W okresie klinicznym C pojawiają się tzw. choroby wskaźnikowe (zakażenia oportunistyczne i/lub nowotwory) AIDS. Bez leczenia antyretrowirusowego chory umiera z powodu nowotworów lub zakażeń oportunistycznych.

Diagnostyka zakażenia wirusem HIV

Wczesne rozpoznanie zakażenia wirusem HIV pozwala na bezzwłoczne włączenie terapii antyretrowirusowej, a co za tym idzie – spowolnienie progresji choroby oraz ograniczenie liczby nowych zakażeń. Całą procedurę laboratoryjną można wykonać z jednej próbki krwi, jednak przy postawieniu ostatecznej diagnozy należy zweryfikować poprawność procedury i ewentualnie uzupełnić brakujące badania, pobierając dodatkowe próbki krwi. Obecnie zaleca się stosowanie testów serologicznych tzw. IV generacji, które umożliwiają wykrycie antygeny p24 – białka tworzącego

rdzeń HIV (po 2 tygodniach od zakażenia) oraz przeciwciał anty-HIV1/2 (po 4–12 tygodniach od zakażenia). Wynik reaktywny testu przesiewowego wymaga powtórzenia badania. Jeśli kolejny wynik testu również jest reaktywny, wówczas należy wykluczyć wynik fałszywie dodatni, poprzez wykonanie testu potwierdzenia. Testy potwierdzenia, np. Western blot lub INNO LIA, HIV-RNA, umożliwiają identyfikację przeciwciał specyficznych dla HIV-1 i HIV-2. W diagnostyce HIV za stosowanie znajdują również testy genetyczne. W aptekach dostępne są ponadto testy na obecność wirusa HIV do samodzielnego wykonania w domu. W tym przypadku materiał do badania stanowi ślina. Testy te zawierają również szczegółowe informacje nt. dalszego postępowania, w przypadku, jeśli test okaże się pozytywny.

Terapia antyretrowirusowa

W świetle dzisiejszej wiedzy medycznej zakażenie wirusem HIV jest chorobą przewlekłą, nieuleczalną – w sensie eradykacji wirusa z zakażonego organizmu. Nowoczesne leki antyretrowirusowe, charakteryzują się wysoką skutecznością oraz bezpieczeństwem, dając możliwość utrzymania u większości pacjentów poziomu kwasu rybonukleinowego HIV poniżej progu wykrywalności (<50 kopii/ml). Pozwala to zapobiec dalszej destrukcji układu odpornościowego, przedłużając życie pacjenta i uwzględniając poprawę jakości życia. W szerszym aspekcie należy podkreślić jej niebagatelny wpływ

na zahamowanie rozprzestrzeniania się epidemii HIV, ponieważ skutecznie zapobiega zakażeniom wertykalnym oraz przenoszeniu zakażenia z partnera HIV pozytywnego na partnera HIV ujemnego. Leki ARV mogą być podawane doustnie oraz parenteralnie, włączając krótko- i długodziałające preparaty iniekcyjne. Rekomendacje dotyczące rozpoczęcia oraz monitorowania leczenia cART (combined antiretroviral therapy) wydawane są przez Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS. Zgodnie z nimi rozpoczęcie leczenia cART powinno być prowadzone w specjalistycznych ośrodkach oraz powinno rozpocząć się w optymalnym krótkim czasie u wszystkich osób zakażonych HIV, niezależnie od poziomu wirerii. Aby leczenie było skuteczne niezbędna jest dobra współpraca pacjenta z lekarzem. Składa się na nią właściwe przygotowanie pacjenta do leczenia, zrozumienie przez niego celu leczenia oraz wspólne podjęcie decyzji o rodzaju terapii. U pewnych grup pacjentów (narkomani, osoby nadużywające alkoholu, osoby z zaburzeniami psychicznymi) nie jest możliwe przewidzenie stopnia dokładności stosowania się do zaleceń dotyczących przyjmowania leków. Dlatego ważne jest, aby pacjent znał zasady, które wspomagają adherencję (stosowanie się pacjenta do wszystkich zaleceń dotyczących dawkowania i sposobu przyjmowania leków). O skuteczności terapii świadczy osiągnięcie HIV RNA <50 kopii/ml po 6 miesiącach leczenia (u pacjentów z początkową wirerią >100 000 kopii/ml czas ten może być dłuższy).
cdn. □

Syndrom second victim

Pierwszą ofiarą niepożądanego zdarzenia medycznego jest pacjent. Drugą – personel medyczny.

Autor tekstu: mgr Agnieszka Gibalska-Dembek – ekspert PR i komunikacji w ochronie zdrowia

Šzacuje się, że połowa pracowników ochrony zdrowia doświadcza skutków zdarzenia niepożądanego przynajmniej raz w czasie swojej pracy zawodowej. Przy czym częściej dotyczy to specjalizacji chirurgicznej, anestezjologicznej, pediatricznej i ginekologiczno-położniczej. W badaniu przekrojowym holenderscy badacze wskazali, że jedna na pięć położnych cierpi na objawy sugerujące PTSD w wyniku uczestnictwa w traumatycznym porodzie. Objawy wskazujące na depresję zgłosiło 7% badanych położnych. Australijskie pielęgniarki i położne w badaniu ankietowym wskazały, że początkowy szok z powodu zdarzenia niepożądanego szybko zamieniał się u nich w uczucie stresu i niedo-

wierzania. W kolejnych dniach badane odczuwały poczucie winy, samooskarżenia, zawstydzenia i głębokiego smutku. Prawie połowa ankietowanych zgłaszała myśli o rezygnacji lub zmianie pracy, a 40% obawiało się konsekwencji prawnych zdarzenia.

Syndrom drugiej ofiary może mieć wpływ na jakość pracy. Personel medyczny może praktykować medycynę defensywną, czyli wykonywać zbędne lub nadmiarowe procedury medyczne tylko po to, aby unikać kolejnych zdarzeń niepożądanych.

Światowa Organizacja Zdrowia w Globalnym Planie Działań Na Rzecz Poprawy Bezpieczeństwa Pacjentów na lata 2021–2030 ujęła zapis o koniecz-

ności zapewnienia pacjentom, rodzinom i personelowi medycznemu ciągłego wsparcia psychologicznego i innego w przypadku poważnego incydentu związanego z bezpieczeństwem pacjenta. □

Zapraszam do wypełnienia ankiety, dzięki której będzie można zbadać Państwa doświadczenia po niepożądanym zdarzeniu medycznym.

Link do anonimowej ankiety znajduje się tu:
www.redcap.link/second-victim

Prawa pacjenta – znam i przestrzegam?

Prawa pacjenta zapewniają ochronę przed nadużyciami ze strony podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne. Przysługują każdemu pacjentowi niezależnie od wieku, płci, wyznania, nieważne czy leczącemu się państwowo, czy prywatnie.

Autor tekstu: mgr pielęgniarstwa Katarzyna Tryma
– zastępca okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIPiP w Białymstoku

Przestrzeganie praw pacjenta nieodwrotnie związane jest z realizacją świadczeń zdrowotnych. Aktem prawnym regulującym katalog praw pacjenta i kompetencje Rzecznika jest ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nadzór nad działalnością Rzecznika sprawuje Prezes Rady Ministrów. Pacjenta chronią także inne akty prawne, w tym Konstytucja RP czy ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Art. 16. UOZPiP nakłada na nas obowiązek informowania pacjentów o prawach pacjenta i stanie jego zdrowia (w zakresie naszych kwalifikacji zawodowych). Stąd pielęgniarka i położna są obowiązane informować pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i pokoju oraz zgłosić Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działanie niepożądane produktu leczniczego zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.

Co oznacza, że za naruszenie praw pacjenta pielęgniarka, położna ponosi odpowiedzialność zawodową i nie tylko.

Do podstawowych praw pacjenta, należą:

- prawo do świadczeń zdrowotnych;
- prawo do informacji o stanie zdrowia;
- prawo do dokumentacji medycznej;
- prawo do wyrażania zgody na udzie-



lenie świadczenia zdrowotnego;

- prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta;
- prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
- prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
- prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych;
- prawo do tajemnicy informacji;
- prawo do opieki duszpasterskiej;
- prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Najważniejszym i zarazem najczęściej nieprzestrzeganym prawem pacjenta jest prawo do świadczeń zdrowotnych, później kolejno łamane są prawa w zakresie prawa do informacji, prawa do dokumentacji medycznej, prawa do ochrony zdrowia psychicznego, prawa do poszanowania intymności i godności, prawa do poszanowania życia prywatnego.

W przypadku, gdy pacjent ma zastrzeżenia co do respektowania jego praw, jest niezadowolony z opieki, może zgłosić skargę pisemnie przez Elektroniczną Skrzynkę Podawczą w ramach Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP), za pomocą poczty elektronicznej, ustnie (w danej placówce, do protokołu). Skargę może zgłosić do dyrektora placówki, Rzecznika Praw Pacjenta, rzecznika odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych okręgowej izby pielęgniarek i położnych, rzecznika odpowiedzialności zawodowej lekarzy okręgowej izby lekarskiej.

Z punktu widzenia praktyki pielęgniarstwa i położnictwa należałoby przywrócić się bliżej każdemu prawu pacjenta z osobna, przeanalizować najczęstsze przyczyny wpływające na łamanie wzmiarkowanych w tym artykule praw pacjenta. Co też chcemy uczynić w kolejnych numerach naszego informatora.



Jedna z nas. Bogusława Wierzbicka

**Pielęgniarka z powołania, od 22 lat na emeryturze, ale wciąż aktywna.
Wciąż zadziwia i... tworzy poezję.**

Autor tekstu: dr n. med. i n. o zdr. Anna Bagniuk-Plewa

W wykrochmalonym fartuchu, w pielęgniarskim czepku na głowie, białych skarpetach i wiązanych, płóciennych butach za kostkę stawiała się w pierwszy dzień swojej pracy. Był początek lat 60. XX wieku, kiedy po ukończeniu dwuletniej pomaturalnej szkoły dla pielęgniarek we Wrocławiu rozpoczęła pracę w sanatorium dla dzieci w Cieplicach Śląskich. Przez dwa lata zajmowała się dziećmi ze schorzeniami reumatycznymi i chorobą Stilla.

Z Piechowic do Białegostoku

Zamążpójście skierowało Panią Bogusławę do Piechowic, gdzie zawodowo związała się na dwanaście lat z tamtejszą przychodnią rejonową. W związku z awansem zawodowym męża rodzina przeprowadziła się do Kolna. Tam Pani Bogusława przez pięć lat realizowała się jako pielęgniarka w przyszpitalnej przychodni chirurgiczno-ortopedycznej. Lubiała dynamikę pracy pielęgniarki zabiegowej, co przełożyło się na uznanie w zespole i duże zaufanie współpracowników. Przeprowadzka do Białegostoku nie zmieniła obszaru zainteresowań zawodowych. Również tutaj Pani Bogusława podjęła pracę w poradni i ambulatorium chirurgiczno-ortopedycznym, które obsługiwało pacjentów z całego województwa. Wykazywała się pracowitością i kreatywnością, a jej pomysły wprowadzone w celu udoskonalenia pracy były stosowane przez lata.

Kolejny etap – emerytura

Jednym z trudniejszych etapów w życiu było przejście w 2002 r. na emeryturę. Niezwykła chęć działania i pasja twórcza pozwoliły Pani Bogusławie realizować się wówczas jako poetka, autorka bajek dla dzieci, chórzystka i uczestniczka zajęć Uniwersytetu Trzeciego Wieku. O sobie mówi, że chociaż jest osobą niedowidzącą i mającą problem z przelaniem myśli i emocji na papier, znalazła sposób na życie, tworząc poezję. Swoje refleksje o życiu i śmierci, miłości do Boga i ludzi zawarła w wydanych tomach wierszy, które wyrażają bogactwo życiowych przemyśleń („Niespełniona miłość”, 2015 r., „Muszę o tym pisać”,



Zdjęcie z archiwum Bogusławy Wierzbickiej



Bogusława Wierzbicka podczas przyjęcia pacjenta do sanatorium w Cieplicach Śląskich przy ul. Mireckiego.

2017 r., „Słowa zapisane nie umierają”, 2022 r., „Zdażyć przed czasem”, 2023 r.). W przygotowaniu są pisane prozą „Krótkie historie długiego życia”, będące formą opowiadań – wspomnień o życiu.

Marzeniem Pani Bogusławy jest własny wieczór autorski, na którym mogłaby prezentować swoją twórczość. Zainteresowanych jej poezją prosimy o kontakt z redakcją redakcja@oipibialystok.pl □



Bogusława Wierzbicka w gabinecie zabiegowym ambulatorium chirurgiczno-ortopedycznego w Białymstoku przy ul. dr Ireny Białówny.



Bogusława Wierzbicka w ambulatorium chirurgiczno-ortopedycznym w Białymstoku przy ul. dr Ireny Białówny.

Jest o czym myśleć

Marzenia rodzą się wraz z człowiekiem.
Marzenia usypiają codzienność.
Agresja rodzi się coraz częściej.
Prawdziwa miłość jest wciąż młoda,
trwa wiecznie.
Przywiązanie dorasta z czasem.
Nienawiść żyje bardzo długo.
Uroda odchodzi z wiekiem –
gdyby wiadomo dokąd –
nie jeden by jej szukał.
Najszybciej starzeje się wdzięczność.
Nadzieja umiera ostatnia.
Tajemnica nie umiera –
przechodzi na tamten świat.
Jest o czym myśleć!

10.01.2016 r.

Boję się

Że coś przegapię
Czegoś niedowidzę
Nie pomogę
Na czas nie zdążę
Coś przepadnie
Chciałabym pomóc
Pomóc na czas
Zdażyć
Dostrzec
Poradzić w porę
Przewidzieć
Przeczuć
Ostrzec
Ciągłe się boję
A może nic się nie stanie
Tak mało czasu
Idę
Spróbuję
Pomóc komuś lub sobie.

04.01.2015 r.

Chwila

Niby nic a tak wiele:
za chwilę,
po chwili,
w tej chwili,
na chwilę.
Chwila decyduje.
Jest ważna.
Może wiele:
uratować życie,
przywołać wspomnienia,
obudzić niepokój,
uśpić czujność,
ukołoić lub zabić.
Przez chwile myśli odpoczną.
Na chwilę zapanuje błogi spokój.
Wszystko trafi na właściwe miejsce.
Dobre chwile ważne,
choćby na chwilę.
Od złych uciekaj niebogo.

13.01.2016 r.

WORLD COMA DAY

22 marca po raz kolejny będziemy obchodzić WORLD COMA DAY – Światowy Dzień Śpiączki.

Autor tekstu: dr n. o zdr. mgr pielęgniarstwa Elżbieta Dróżdż-Kubicka
specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i psychiatrycznego

Światowy Dzień Śpiączki obchodzony jest na świecie od 2019 roku z inicjatywy Towarzystwa Opieki Intensywnej Terapii – Neurocritical Care Society w USA. W ramach inicjatywy Curing Coma opracowano i wdrożono obowiązującą na całym świecie strategię leczenia śpiączki i poprawy jakości życia pacjentów z ilościowymi zaburzeniami świadomości. Jak co roku będzie to całonocne, międzynarodowe wydarzenie w Internecie. Możliwe będzie wysłuchanie prelekcji najwybitniejszych naukowców z całego świata, jak również z naszego kraju, którzy na co dzień badają zagadnienia związane ze śpiączką. W Polsce będzie również dostępny panel edukacyjny i dyskusyjny dla pacjentów i ich rodzin.

Warto dodać, że Polska była prekursorem obchodzenia dnia pacjenta w śpiączce. Dzięki staraniom Fundacji Ewy Błaszczuk „AKOGO” przeprowadzono cały proces legislacyjny i doprowadzono do zatwierdzenia przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej Polskiego Dnia Śpiączki, który od 2013 roku obchodzony jest w naszym kraju 18 kwietnia. 16 lipca tego samego roku został przyjęty pierwszy pacjent do Kliniki Budzik dla Dzieci w Warszawie. Fundacja „AKOGO” nawiązała współpracę z Neurocritical Care Society w USA, przedstawiciele tego Towarzystwa zaskoczeni byli inicjatywami i działaniami prowadzonymi w zakresie śpiączki w naszym kraju. Ostatecznie jednak to data 22 marca jako WORD COMA DAY została przyjęta przez środowisko międzynarodowe, dlatego okres pomiędzy 22 marca a 18 kwietnia w Polsce jest intensywnym czasem działań edukacyjnych.

Co to jest ŚWIADOMOŚĆ

Świadomość to określenie, którego często używamy w naszych codziennym życiu, komunikując się z innymi, czy przekazując komunikat otoczeniu, ale często mylnie je interpretujemy.

Świadomość człowieka określa się w medycynie jako umiejętność postrzegania własnej osoby i otoczenia poprzez oddziaływanie na nie i komunikowanie się z nim. Jest to aktywny proces, w który zaangażowane są czuwanie, zdolność postrzegania własnej osoby, otoczenia,

uwaga, pamięć, mowa, myślenie, stan emocjonalny, celowe działanie, zachowanie właściwej pozycji ciała i spontanicznych ruchów. Zaburzenia świadomości wynikają z nieprawidłowego postrzegania własnej osoby i otoczenia, reakcji na bodźce zewnętrzne oraz zachowania i napęd własny.

W piśmiennictwie nie istnieje jedna, ogólnie przyjęta definicja pojęcia świadomości – zależna jest od aspektu, w jakim jest używana. Na określenie pojęcia świadomości poza wzorcem medycznym mają wpływ systemy pojęć filozoficznych, psychologicznych, socjologicznych i etyczno-teologicznych, definiując świadomość, jako:

- stan, przytomność – polegający na zorganizowanym i uporządkowa-

nym w czasie uświadomieniu sobie istnienia własnej osoby i otaczającego świata,

- zjawisko odnoszące się do stanu odpowiedniego pobudzenia w działaniu i jednoczesnego oceniania odbieranych bodźców z otoczenia poprzez własne myśli i emocje,
- doświadczenie indywidualnej osoby, które można opisywać i uporządkować ilościowo i pod względem złożoności podjętych działań.

ZABURZENIA – jak do nich dochodzi

Za świadomość odpowiada prawidłowe funkcjonowanie tworzącego siatkowego śródmózgowia i wzgórza (układ rozbudzenia) oraz jakość połączeń zwrotnych z wszystkimi częściami kory



mózgowej. Jakiegokolwiek zachwianie równowagi w tym systemie prowadzi do zaburzeń świadomości. W zależności od poziomu i treści świadomości oraz rytmu snu i czuwania zaburzenia te dzielone są na:

- ilościowe – nazywane zaburzeniami prostymi, w przypadku prawidłowo funkcjonującego układu rozbudzenia, przy nieprawidłowych czynnościach funkcji poznawczych bez dysfunkcji kory mózgowej,
- jakościowe – zwane zaburzeniami złożonymi (m.in. ostre stany splątaniowe, zespoły majaczeniowe, przemijająca globalna niepamięć, zespół amnestyczny, zespół Wernickiego-Korsakowa), głównie omawiane w psychiatrii,
- zaburzenia rytmu snu i czuwania.

Śpiączka jest jednym z ilościowych zaburzeń świadomości, poniżej przedstawiam bardziej szczegółowo podział tego typu zaburzeń.

ŚPIĄCZKA i jej podział

Zaburzenie ilościowe świadomości, zamiennie określane jako stany nieprzytomności, występują na co dzień bardzo często. Ze względu na dynamikę objawów dzieli się je na trzy postacie:

- o bardzo szybkim i głębokim przebiegu wymagającym reanimacji,
- płytkie i przemijające samoistnie, np. omdlenia, napady padaczkowe,
- głębokie i długotrwałe zaburzenia przytomności określane jako stany śpiączkowe.

Podstawowy podział ilościowych zaburzeń świadomości obejmuje:

- senność – z wyraźną tendencją do zasypiania,
- stupor – stan, w którym występują reakcje tylko na silne bodźce,
- śpiączkę – z całkowitym zanikiem reakcji na bodźce.

Wraz z rozwojem nauk medycznych stwarzającym większe możliwości badań klinicznych, m.in. z zastosowaniem funkcjonalnego rezonansu magnetycznego i potencjałów wywołanych, podział ilościowych zaburzeń świadomości uległ uszczegółowieniu i obecnie obejmuje dodatkowo:

- odkorowanie – pacjent przyjmuje pozycję z zgięciem kończyn górnych w łokciach i nadgarstkach oraz wyprostem kończyn dolnych,
- odmóżdżenie – pacjent przyjmuje pozycję wyprostną w kończynach górnych i dolnych z przeprostem głowy i tułowia,
- mutyzm kinetyczny – brak reakcji na bodźce zewnętrzne i możliwości odpowiedzi słownej,
- zespół zamknięcia, w którym pacjenci mają zachowaną świadomość, z zachowanym ruchem wyłączając nie gałek ocznych i powiek,
- stan wegetatywny – bez zachowanej świadomości, z zachowaniem faz czuwania i snu,
- zespół minimalnej świadomości – z występującymi minimalnymi, ale wyraźnymi oznakami świadomości siebie i otoczenia.

Śpiączka to najczęściej występujący stan zaburzenia świadomości, który polega na bardzo głębokim zaburzeniu do całkowitego braku świadomości, bez możliwości reakcji na bodźce zewnętrzne. Chory leży nieruchomo z zamkniętymi oczami. Wyróżnia się cztery stadia śpiączki:

- I – z zachowaną ukierunkowaną reakcją obronną kończyn na bodźce bólowe, z zachowanym ruchem gałek ocznych, bez zaburzeń reaktywności źrenic,
- II – z nieukierunkowaną reakcją obronną na bodźce bólowe, zachowaną reakcją źrenic na światło,
- III – z nieukierunkowaną reakcją

obronną wyprostną lub zgiętą na bodźce bólowe, wzmocnionym napięciem mięśniowym, źrenicami o zmiennej średnicy, z zmienną reakcją na światło,

- IV – z zniesioną reakcją na ból, z sporadycznie występującymi prężeniami, o źrenicach szerokich, nie reagujących na światło, z obniżonym napięciem mięśniowym i zaburzonym torem oddechowym.

Śpiączki dzieli się na urazowe i nieurazowe (w przebiegu choroby podstawowej, np. choroby metaboliczne).

Poza śpiączkami występującymi samoczynnie w medycynie wyróżnia się pacjentów w stanie śpiączki sztucznie wywołanej farmakologicznie celem przeprowadzenia badań diagnostycznych, czy osiągnięcia lepszych wyników leczenia choroby podstawowej.

Skala Glasgow (*Glasgow Coma Scale* – GCS) jest podstawowym wskaźnikiem głębokości zaburzeń świadomości opartym na objawach głównych. Na bazie wersji podstawowej, stworzonej na potrzeby pacjenta dorosłego, opracowano zmodyfikowaną skalę uwzględniającą możliwości rozwojowe niemowlęcia do 1. roku życia oraz powyżej 1. roku życia. Obejmuje ona ocenę punktową w zakresie trzech parametrów:

- otwieranie oczu (max. 4 punkty),
- odpowiedź ruchową (max. 6 punktów),
- odpowiedź słowną (max. 5 punktów).

Ilość punktów: 3 – świadczy o stanie najcięższym, wynik 15 punktów GCS: oznacza brak zaburzeń świadomości. Progiem określającym przytomność jest wynik 9 punktów w GCS. Istnieją bardziej szczegółowe skale określające zaburzenia ilościowe świadomości, jednak skala GCS jest prosta i szybka w użyciu w momencie, kiedy walczy się o życie pacjenta. □

Gdzie szukać odpowiedzi

Pracuję z pacjentem neurologicznym od ponad 30 lat i widzę, jak zmienił się stosunek nas wszystkich/społeczeństwa do osób, u których często w wyniku zdarzenia nagłego, niepożądanego doszło do uszkodzenia układu nerwowego, wywołując stan śpiączki. Nie spotkamy się dziś z określeniem „warzywo”, z propozycją oddania najbliższej osoby do hospicjum, domu pomocy, czy wręcz wyrażenia zgody na przeszczep narządów. Świadomość nas wszystkich pozawala szanować tych pacjentów jako osoby w specyficznym momencie swojego życia, dopingować do walki o lepsze jutro, wspierać rodziny/opiekunów w codziennym żmudnym trudzie powrotu najbliższych ze śpiączki. Nie zawsze się to udaje, a każdy powrót

to indywidualna historia. Nie ma dwóch takich samych schematów powrotu ze śpiączki, wielu pacjentom nie udaje się tego osiągnąć, niemniej warto walczyć o jakość ich życia. Wybudzenie i powrót nie jest tak piękny i szybki jak widzimy w filmach, czy czytamy w książkach. Jest to ciężka, wielogodzinna codzienna praca nad deficytami, które towarzyszą często osobom wybudzonym. To kontynuacja rehabilitacji, zmiana priorytetów rodziny, zwyczajów, marzeń, a często standardu życia. Pracując w Klinice Budzik, odpowiadam na wiele pytań dotyczących funkcjonowania pacjenta w śpiączce na co dzień. Pobyt w Klinice to czas powrotu do zdrowia, ale również czas nauki przez najbliższych opieki nad pacjentem w warunkach domowych. Trudno znaleźć publikację, podręcznik, poradnik, który od-

powiadałby wyczerpująco na większość nurtujących pytań. Wychodząc na przeciw oczekiwaniom rodziców, opiekunów pacjentów w śpiączce oraz personelu wraz z zespołem najlepszych specjalistów w tej dziedzinie z zakresu leczenia, rehabilitacji i pielęgnacji opracowaliśmy podręcznik „Opieka nad pacjentem z ilościowymi zaburzeniami świadomości” wydany nakładem PZWL Wydawnictwo Lekarskie we wrześniu 2023 roku. Zmiana nastawienia do osób w śpiączce to między innymi zasługa kampanii społecznych docierających dzięki mediom w każdy zakątek naszego kraju. Zachęcam wszystkie osoby zainteresowane tą tematyką do aktywnego udziału w obchodach WORD COMA DAY 22 marca 2024 roku. Dokładny program i link do spotkań dostępny jest na stronie fundacji „AKOGO”.

Wciąż coś odkładamy na potem

Odkładanie rzeczy na potem i ostatnią chwilę... Znacie to? Okazuje się, że ta tendencja ma swoją fachową nazwę. To prokrastynacja.

Autor tekstu: mgr Sebastian Kukło
pielęgniarz, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, oligofrenopeda

„Co z ręką? A bo ja wiem? Sama się uszkodziła. Niczego przecież nie zrobiłam. Ani nie upadłam, ani nie”. Palce dłoni, pomalowane środkiem dezynfekcyjnym, poruszają się pod bandażem niczym czujny, ciekawski owad. Bariereki kozetki są uniesione. Pacjentka wygląda, jak gdyby leżała w pudełku bez wieczka. Jej twarz przecinają zmarszczki, kąciki ust ciągną się w dół, niemal do szyi. Ciało kobiety, wstrząsane kaszlem, podryguje. Spod zielonej, szpitalnej serwety, służącej jako okrycie, wypelza zdrowa ręka. Niestarannie zasłania usta, krzywiące się nagle z niesmakiem. „Papierosy? To astma, nie papierosy. Dziesięć lat nie paliłam. Ale potem utopił się syn i znowu zaczęłam. Jak tu nie palić? Taka tragedia. I takie to życie”. Krztusi się znowu. Zdanie rozpada się na kawałki, obite kaszlem jak młotkiem. Mija minuta nim chorej udaje się wreszcie wyrównać oddech. „Drugi syn ma ponad czterdzieści lat i nowotwór rdzenia kręgowego. Był niedawno w szpitalu w Krakowie. Porusza się teraz na wózku. Nie może już w ogóle chodzić, ale ręce ma sprawne. Tylko ja sama jedna zostałam, aby się nim zaopiekować. A wszystko jest coraz droższe”. Dopytuję o papierosy. Okazuje się, że nalóg kosztuje ją prawie pół tysiąca złotych miesięcznie. To sześć tysięcy złotych w skali roku. Nie licząc rzecz jasna kosztów leczenia. „Rzuciłabym, ale mój pulmonolog powiedział, że to mi tylko zaszkodzi. W moim wieku organizm jest już przyzwyczajony. Piętnaście sztuk dziennie. Więc palę dalej”. Jej słowa przenikają powietrze niczym kółka papierosowego dymu. „A rząd co mi dał? Nic. Tylko ta marna emerytura. Syna ma teraz odwiedzać kolega, bo co ja mogę? Pieniędzy mało, zdrowia nie ma... Gówniana ta starość, proszę pana”. Kaszle znowu, zapadając się coraz głębiej pod cienki, szpitalny obrus. Wąsy tlenowe ześlizgują się z nozdrzy, wgrzyzając się tępo w policzki. Chora wygląda jak długi, zielony kwiat, który zamyka płatki. Poprawiam jej sprzęt, okrycie i wracam do stanowiska pielęgniarzkiego. Koleżanka, z którą pracuję na sali pooperacyjnej, patrzy na mnie dużymi, zielonymi oczami, w których widać znużenie. „Nic nie

poradzisz” – jej słowa są jak machnięcie ręką – „Wychodzę z założenia, że każdy powinien robić to, na co ma ochotę. O ile nie szkodzi innym”. Z jednej strony rozumiem, naprawdę. Żyjemy w świecie nastawionym na akceptację i samorealizację. Mówimy – „To twoja opinia i masz do niej prawo”, albo „To twoje emocje i twoja decyzja”. Rozdzielamy przepierzeniami indywidualne światy każdego z nas. Każdy ma swoją przestrzeń i zarządza nią wedle woli. Ale odpowiedzialność za to, co dzieje się za kotarą zrzucamy najchętniej na innych. Lub na okoliczności. Palę, bo się stresuję. Ważę za dużo, chociaż nic nie jem. Nie mam czasu iść do lekarza. Nie mam kiedy się badać. Nie moja wina. Im dłużej żyjemy, tym krótszy wydaje się dzień, potem miesiąc, aż wreszcie rok. Kiedy to wszystko mija? Nic więc dziwnego, że wciąż odkładamy coś na potem. Nawet siebie samego. Ta niezdrowa tendencja doczekała się nawet nazwy – prokrastynacja. Odwlekamy decyzję o działaniu. Pal sześć, gdy w grę wchodzi kino lub pranie. Gorzej, gdy mowa o rzeczach nie tyle ważnych, co priorytetowych. Takich jak samoopieka. W wielu sytuacjach dbamy bardziej o innych niż o siebie samych. Ba, bywa że samochód jest w lepszym stanie niż my. Albo telefon, na który naklejamy profilaktycznie ciemne, ochronne szkło. Bywamy czasem jak dzieci, które – przylapane na gorącym uczynku – zaprzeczają najoczywistszym faktom słowami: „To nie ja!”. Strach jest niczym usterka skomplikowanej maszyny. Lęk paraliżuje. W jego obliczu bywamy jak łoś, który ani myśli zejść z drogi na widok światła nadjeżdżającego auta. Ale bycie dorosłym to umiejętność podejmowania decyzji i niewymuszona zdolność do inicjatywy. Mamy pełne prawo wyboru. Co więc stanowi przeszkodę? Strach lub może gorszy od niego wstyd? Dlaczego nie przyszła pani wcześniej do lekarza? Dlaczego nie była pani od lat u ginekologa? Dlaczego odstawiła pani przepisane jej leki? No właśnie, dlaczego? Święty Piotr, zmarły blisko dwa tysiące lat temu, wypowiedział onegdaj słowa, które wyrażają fundamentalną prawdę o człowieku. A prawdą ową jest słabość. „Nie rozumiem bowiem tego,



co czynię, bo nie czynię tego, co chcę, ale to, czego nienawidzę – to właśnie czynię. Jestem bowiem świadom, że we mnie, to jest w moim ciele, nie mieszka dobro; bo łatwo przychodzi mi chcieć tego, co dobre, ale wykonać – nie” (Rz. 7, 14-25). Motywem działania większości z nas są dobre intencje. Niemniej porażki zrzucamy na innych, jak gdyby to właśnie „oni” mieli największy wpływ na nasze emocje i zachowanie. Warto przypomnieć, że w dobie chorób, szczególnie nowotworowych, mamy niezaprzeczalny przywilej podejmowania własnych, autonomicznych decyzji, które dotyczyć mogą zarówno leczenia, jak i profilaktyki opartej na samobadaniu czy samoobserwacji. Świat, w którym odpowiedzialność za nasz dobrostan przejąłby kiedyś „sąsiad zza przepierzenia” wydaje mi się koszmarem. Zamiast więc szukać winnych choroby, zatroszczymy się wreszcie o siebie. Czwartego lutego obchodziliśmy Światowy Dzień Walki z Rakiem. To w dużej mierze od nas samych zależy, czy będzie on świętem życia, czy może śmierci, której mogliśmy zapobiec. □

BYĆ KOBIETĄ

Chciałabym na Dzień Kobiet napisać do Was coś lekkiego, błyskotliwego i z humorem. Coś, co wywoła uśmiech na kobiecej twarzy. To bardzo wygórowane wymagania dla Magdy z Podlasia, bo najlepiej wychodzi mi przelewanie na papier refleksyjnych myśli, które niestety z wesółkowatością często mają mało wspólnego.

Autor tekstu: mgr pielęgniarstwa Magdalena Dąbrowska
na Instagramie @magdazpodlasia

W poszukiwaniu inspiracji do tego tekstu zrobiłam sobie kulturalny wieczór z polską piosenką. Prawdziwy koncert w moim salonie z kobietami-rakietami w roli głównej. Wciąż trzymam się tematu kobiecości przy wyborze repertuaru, rzecz jasna. Leżę na kanapie, a z głośników płyną energiczne i pełne werwy głosy Alicji Majewskiej („Być kobietą”), Alicji Sobczak („O mnie się nie martw”) i Kayah („Supermenka”). Ciężko wyleżeć w miejscu, bo mam ochotę drzeć się razem z nimi do mikrofonu. Znalazł się też jeden, uroczy rodzynek – Eugeniusz Bodo. Zdaje się, że Gienek wiedział coś o życiu, wyśpiewując: „Baby, ach te baby! Czym by bez nich był ten świat?”

Dlaczego we wstępie nie padły jeszcze słowa pielęgniarka i pielęgniarstwo? Pomimo że w naszym środowisku coraz więcej jest panów, to nasza profesja uznawana jest za jeden z najbardziej sfeminizowanych zawodów. Istnieje kilka powodów, dla których to twierdzenie funkcjonuje w społeczeństwie. Żebyście doczytali do końca, to napiszę tylko o jednym, który najbardziej pasuje do pielęgniarki i Dnia Kobiet.

Otóż argumentem, dla którego pielęgniarstwo uważane jest za zawód sfeminizowany, jest jego historyczne powiązanie z tradycyjnymi rolami płciowymi. Od zarania dziejów opieka nad chorymi i rannymi w czasie wojny była często przypisywana kobietom, co sprawiło, że pielęgniarstwo zostało skojarzone z kobiecymi cechami takimi jak: opiekuńczość, empatia i delikatność. Choć obecnie te stereotypy tracą na znaczeniu, bo te same cechy możemy przypisać i mężczyznom, to wciąż pozostają obecne w świadomości społecznej.

Wykonujemy wyjątkową pracę, bez względu na oddział, na którym pracujemy. Niektórym pacjentom tylko nasza obecność przynosi ulgę i dodaje otuchy, niektórzy nie poradziłiby sobie z podstawowymi czynnościami żywymi bez naszego wsparcia. Innym towarzyszymy w cierpieniu i ostatniej drodze, będąc obok nich, kiedy nie ma najbliższych, by potrzymać ich dłoń. Jesteśmy ser-



Fot. Archiwum autorki

cem każdego oddziału, a nasza obecność sprawia, że tętni on życiem.

Wychodzimy poza mury szpitali i jesteśmy siostrami, przyjaciółkami, żonami, matkami, babciami. Doskonale troszczymy się o innych, zapominając o tej jedynej roli, która przypadła każdej z nas, bez względu na stan cywilny i klasę społeczną. My, pielęgniarki, jesteśmy też kobietami.

Często dajemy wskazówki pacjentom, jak mają troszczyć się o swoje zdrowie, a same nie dbamy o higienę własnego życia. Chodzimy permanentnie przepracowane, nie przywiązujemy wagi do tego, co ląduje na talerzu, a środowisko pracy nie sprzyja odnawianiu wewnętrznych zasobów. Gdybyś miała być pielęgniarką kobiecości, to jakie zalecenia wypisałabyś na recepcie?

Ja w pierwszej kolejności poleciłabym kobiecie więcej snu, bo to zawsze dobry lek na zmęczenie pracą i niepracą. Nie zabrakłoby też ulubionej aktywności fizycznej, bo wywołuje na twarzy uśmiech, a przy okazji gimnastykuje cia-

ło i ducha. Jeśli dwa poprzednie zalecenia są spełnione, to można się przytulać i pieścić z ukochanymi osobami i zwierzętami. Taki dotyk zwykle pomaga regenerować baterie po ciężkim dniu. Potem warto zrobić coś miłego dla siebie: kąpiel z bąbelkami, wybrać się na spacer do lasu, ubrać się w coś ładnego i pójść na randkę do kina, teatru, na koncert, na kawę. Można z chłopakiem, dziewczyną, mężem, przyjaciółką, albo sobą. Wtedy dajemy przestrzeń, żeby nasza delikatność, siła, czułość i wrażliwość miały przestrzeń do rozkwitu.

Myślę, że po wypełnieniu powyższych zaleceń możemy być bohaterkami ponadczasowych piosenek wspomnianych w pierwszym akapicie. Możemy być KOBIEȚAMI i pielęgniarkami. Bez względu na wiek, dbajmy o siebie.

*„Gdybym mogła być mężczyzną jeden dzień
Pewnie byłabym
Supermenem, tyle o kobietach wiem
Jestem jedną z nich.”*
Kayah



Czym jest dla Ciebie KOBIECOŚĆ?



Moim zdaniem kobiecość to świadomość swojej wartości i siły oraz gotowość do stawiania czoła pojawiającym się w życiu trudnościom i wyzwaniom z determinacją, ale równocześnie z godnością.

Kasia



Kobiecość to siła, mądrość i odwaga.

To bycie obok i troska o drugiego człowieka.

Beata



Kobiecość to czułość, delikatność ale i niezwykła siła.

Ania



KOBIECOŚĆ to bycie sobą, swoboda w wyrażaniu siebie, to akceptacja swojego zmieniającego się ciała, to emocje, delikatność, czułość, namiętność, ogień...

Elżbieta



Kobiecość to akceptacja siebie w pełni. Umiejętność wybaczenia sobie.

Dorota



Dla mnie kobiecość to sposób bycia. Dzielenie się dobą energią i darzenie rozmówcy uwagą i szacunkiem.

Magdalena



Życzę wszystkim koleżankom, żeby kochały siebie i szanowały. Nie odkładajcie siebie na później. Dawajcie sobie szacunek i wsparcie każdego dnia.

Kasia

Wyjątkowy czas odnowy duchowej

W dniach 16–18 lutego 2024 r. odbyły się Wielkopostne Rekolekcje Służby Zdrowia w Domu Księży Werbistów w Kleosinie.

Autor tekstu: dr n. med. mgr pielęgniarstwa Cecylia Dolińska

Tematem tegorocznych rekolekcji był cytat „Kościele, wybrana Pani!”, który pochodzi z listu św. Jana (por. 2J1). Prowadził je ks. Karol Godlewski, który jest doktorantem Teologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Organizatorem rekolekcji – jak co roku – był ks. Marek Gryko, Archidiecezjalny duszpasterz służby zdrowia. Obecni byli na nich również kapelani szpitalni naszej diecezji. Dużą grupę rekolekcyjistów stanowiły pielęgniarki i położne zrzeszone w Katolickim Stowarzyszeniu Pielęgniarek i Położnych z niezastąpioną Prezes Stanisławą Zimnoch na czele.

Program trzydniowych rekolekcji obejmował różnorodne aktywności, bo prócz Mszy Świętych z konferencjami, odbyła się Droga Krzyżowa, odprawiono Godzinki o Niepokalanym Poczęciu NMP, odmawiano Koronkę do Miłosierdzia Bożego z sakramentem pokuty, Gorzkie Żale, Różaniec oraz odbyła się projekcja filmu Alejandro Monteverde „Sound of Freedom”.

Wielkopostne rekolekcje służby zdrowia to niezwykle czas, który pozwala pracownikom branży medycznej skupić się na duchowym rozwoju i odnowie, ale również na spotkaniach przy kawie i ciastku. W tym czasie mogliśmy w spokoju przemyśleć swoje wartości i cele zawodowe, znaleźć wewnętrzne wsparcie oraz zanurzyć się w modlitwie i rozważaniach religijnych.

Podczas wielkopostnych rekolekcji pracownicy ochrony zdrowia mają szansę zatrzymać się, posłuchać swojego wnętrza, odnowić relacje z Bogiem i z innymi ludźmi. To czas, który pozwala nam zregenerować siły, odzyskać wiarę w sens swojej pracy i doświadczyć głębokiej pokory wobec tajemnicy życia i śmierci.

Rekolekcje służby zdrowia są szansą okazją do wzmacniania wspólnoty zawodowej, budowania relacji opartych na zaufaniu i wzajemnej trosce. Dzięki wspólnemu doświadczeniu modlitwy



i refleksji, pracownicy medyczni zyskują nowe spojrzenie na swoją pracę, odkrywają nowe perspektywy i znajdują motywację do dalszej służby chorym i potrzebującym.

Wielkopostne rekolekcje służby zdrowia są bardzo ważnym elementem wsparcia duchowego. Dały nam szansę na odnalezienie równowagi między pra-

cą a życiem osobistym, umocniły wiarę i zaufanie w boże prowadzenie.

Był to czas wyjątkowego spotkania z Bogiem i refleksji nad swoją relacją z Kościołem. Był to czas, poświęconym modlitwie, był oddechem od codziennej pracy oraz pozwolił znaleźć wewnętrzny spokój i siłę do dalszej służby dla innych.



Tajemnica Wielkiej Nocy

Dla chrześcijan na całym świecie to najważniejsze święto w roku. Jest ono zakorzenione w ponad 2000-letniej tradycji upamiętniającej kluczowe wydarzenie Kościoła – zmartwychwstanie Jezusa Chrystusa. Oto jak celebrujemy je w kaplicy Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Autor tekstu: ks. dr Sebastian Kondzior
kapelan USK&B

Wielkanoc to święto postrzegane przez chrześcijan jako wypełnienie biblijnego proroctwa o Mesjaszu, który swoim życiem wysłużył wieczne zbawienie tym, którzy wyznają wiarę w Boga Ojca Wszechmogącego, Stworzyciela nieba i ziemi. Chrześcijanie przygotowują się do niego podczas czterdziestodniowego okresu postu i pokuty, który rozpoczyna się w środę popielcową, a którego kulminacją jest Wielki Tydzień.

Wielki Post i święta Wielkanocne mają wprowadzić nas w nową jakość życia, o której pisał św. Paweł w liście do Kolosan: Jeżeli więc z Chrystusem powstaliście z martwych, szukajcie tego, co w górze, gdzie przebywa Chrystus zasiadający po prawicy Boga. Dążcie do tego co w górze, nie do tego, co na ziemi (...) wybrani przez Boga, święci i umiłowani, przyobleczcie się więc w uczucia czułości, dobroci, pokory, łagodności, wielko-duszości, znosząc jedni drugich i przebacząc sobie nawzajem (...). Ale ponad to wszystko przyobleczcie się w miłość, która doskonale was jednoczy (Kol 3, 1 – 2; 12 – 14). To poszukiwanie Boga pomaga w codziennej pracy, a przede wszystkim w przeżywaniu świąt Wielkanocnych, kiedy ma się dyżur. Jako kapelan staram się, by personel Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, który dyżuruje w te najważniejsze liturgicznie święta, mógł uczestniczyć w ich celebrowaniu na terenie szpitala. Organizowane są nabożeństwa w kaplicy szpitalnej, a tym, którzy ze względu na obowiązki nie mogą uczestniczyć w uroczystościach, służę sakramentami, modlitwą, bliskością bezpośrednio w oddziałach.

Wielki Tydzień rozpoczynamy Niedzielą Palmową, która przedstawia triumfalny wjazd Jezusa do Jerozolimy.

Podczas liturgii Wielkiego Czwartku w kaplicy Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku odprawiane jest nabożeństwo, które upamiętnia ustanowienie Eucharystii i wydarzenie, które w tradycji Kościoła przyjęło nazwę „Ostatniej Wieczerzy”. W czasie tej wie-



czyerzy Jezus zakomunikował, że jeden z dwunastu apostołów Go zdradzi. Był nim Judasz Iskariota, który wydał Jezusa w ręce arcykapłanów w zamian za 30 srebrników.

Następnego dnia, w Wielki Piątek, w liturgii wspominamy mękę i śmierć Pana Jezusa, który zostaje przybity do krzyża, jak pospolity przestępca.

Przez całą Wielką Sobotę kaplica szpitalna przyjmuje bardzo minimalistyczny wystrój, z ołtarza znikają obrusy, światło jest przygaszone, nie ma żadnej dekoracji, by nasze myśli koncentrowały się na śmierci i złożeniu w grobie Zbawiciela.

W niedzielę wielkanocną nie odprawiam Mszy świętej o świcie, gdyż ciężko byłoby przyjść na nią personelowi, pacjentom czy ich rodzinom. Natomiast od rana zanoszę radosną nowinę o Zmartwychwstaniu Chrystusa do osób pełniących dyżur na oddziałach szpitalnych oraz do przebywających w nich pacjentów, dając namiastkę szpitalnej rodzinności i duchowości wspólnie spędzanych świątecznych dni.

Wszystkim osobom należącym do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku życzę przepełnionych miłością, wiarą, nadzieją i pokojem świąt Zmartwychwstania Pańskiego. □

Pani Wandzie Kuczyńskiej,

z okazji przejścia na emeryturę po 45 latach pracy

Serdecznie dziękujemy za wiele lat spędzonych razem, za zaangażowanie oraz wytrwałość.
Życzymy odpoczynku – ciesz się wolnym czasem, czerp z życia pełną garścią.

Pielęgniarki i Kliniki Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Dializ
oraz
Pielęgniarki i Położne Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Za wieloletnią pracę
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mońkach,
Za oddanie chorym
Za życzliwość i wsparcie

składamy podziękowanie na ręce

Pani Barbary Śpiewak
Pani Małgorzaty Cylwik
Pani Bożeny Zdunek
Pani Ewy Tekień

SP ZOZ Siemiatycze Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla Dzieci i Młodzieży Baciki Średnie
składa podziękowania

Pani Halinie Malinowskiej

Życzymy, by na emeryturze znalazła Pani czas na realizowanie pasji
i codzienne przyjemności, które nadają życiu sens i smak.

Jubileuszowa

100. OGÓLNOPOLSKA PIELGRZYMKA

Służby Zdrowia na Jasną Górę

Uczestniczę we Wspólnocie Kościoła

Sobota 18 maja 2024

21.00 Apel Jasnogórski
21.30 Droga Krzyżowa
23.00 Msza Święta
w Kaplicy Jasnogórskiej

Niedziela 19 maja 2024

8.45 Konferencja
11.00 Msza Święta na
szczybie Jasnej Góry
Akt Zawierzenia
Polskiej Służby
Zdrowia



KRAJOWE
DUSZPASTERSTWO
SŁUŻBY ZDROWIA

WIĘCEJ INFORMACJI
u księży kapelanów
i na stronie: www.kdsz.pl



ROK ZAŁOŻENIA 1991

