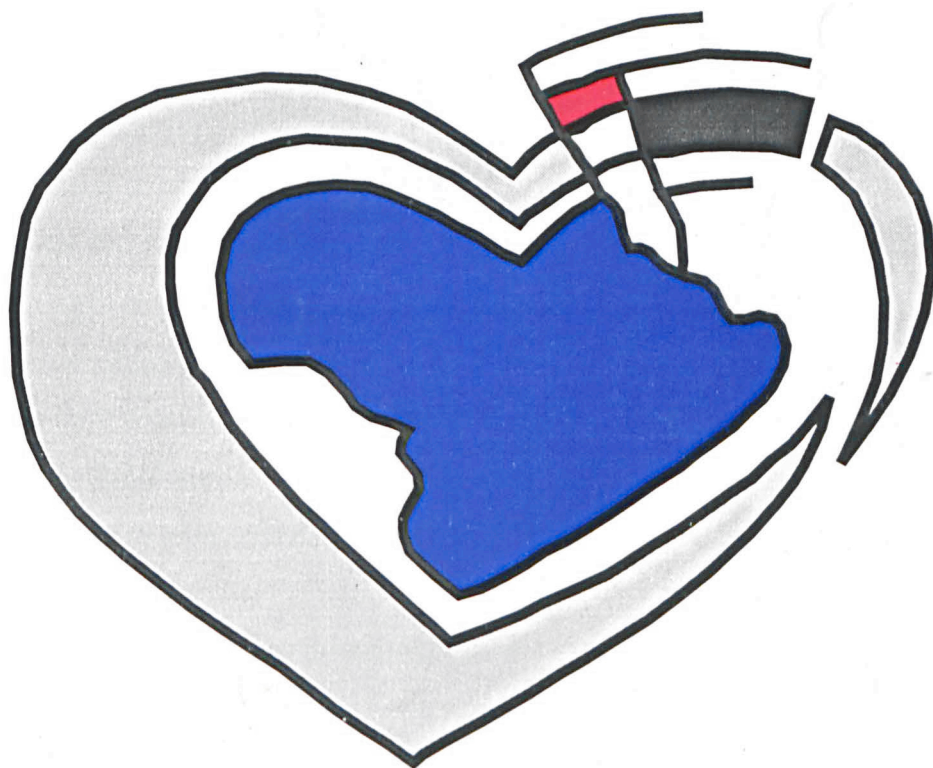


BIULETYN  
INFORMACYJNY

OKRĘGOWEJ IZBY  
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Nr 3 (17)  
1995 r.



## WYDAWCA:

Biuletyn jest wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych  
(Uchwała Rady Okręgowej w sprawie Biuletynu OIPiP)

Biuletyn jest oficjalnym organem samorządu pielęgniarek i położnych  
na terenie województwa białkopodlaskiego

## ADRES REDAKCJI:

ul. Warszawska 15  
21-500 Biała Podlaska  
tel. (057) / 43 60 83

## KOMITET REDAKCYJNY:

Przewodnicząca OIPiP mgr Jadwiga Żwiruk  
Członkowie Prezydium OIPiP

## ZESPÓŁ REDAKCYJNY:

Redaktor naczelny: - piel. dypl. Danuta Dryżałowska  
Członkowie: - piel. dypl. Joanna Głowacka  
- piel. dypl. Elżbieta Macech  
- piel. dypl. Grażyna Papińska  
- piel. dypl. Anna Paszkiewicz  
- piel. dypl. Alicja Żmudzka  
Redaktor techniczny: - mgr Henryk Kwiatkowski

# 1.06. - Święto Dziecka

## CZYM DZIECKO ŻYJE, TEGO SIĘ NAUCZY

- Jeśli dziecko żyje w atmosferze krytyki,  
uczy się potępiać.*
- Jeśli dziecko doświadcza wrogości,  
uczy się walczyć.*
- Jeśli dziecko musi znosić kpiny,  
uczy się nieśmiałości.*
- Jeśli dziecko jest zawstydzane,  
uczy się poczucia winy.*
- Jeśli dziecko żyje w atmosferze tolerancji,  
uczy się być cierpliwym.*
- Jeśli dziecko żyje w atmosferze zachęty,  
uczy się ufności.*
- Jeśli dziecko jest akceptowane i chwalone,  
uczy się doceniać innych.*
- Jeśli dziecko żyje w atmosferze uczciwości,  
uczy się sprawiedliwości.*
- Jeśli dziecko żyje w poczuciu bezpieczeństwa,  
uczy się ufności.*
- Jeśli dziecko żyje w atmosferze aprobaty,  
uczy się lubić siebie.*
- Jeśli dziecko żyje w atmosferze akceptacji i  
przyjaźni,  
uczy się tego, jak znaleźć miłość w  
świecie.*

Autor Nieznany, Los Angeles 1991 r.

## W NUMERZE:

- .....
1. Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
..... 4
  2. Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
..... 5
  3. Dział Prawny  
..... 7
  4. Referaty  
..... 8
  5. To warto wiedzieć - ciekawostki  
..... 26
  6. Podziękowania, gratulacje  
..... 36
  7. OIPiP informuje  
..... 37
  8. Z żałobnej karty  
..... 40

*Dedykujemy Przewodniczącej OIPIP w Białej Podlaskiej - mgr Jadwidze Żwiruk - Matce Maturzysty oraz wszystkim Rodzicom znanym i nieznanym, których dzieci rozpoczną niebawem dorosłe życie, być może z dala od domu rodzinnego.*

Kiedy Adam pakował walizki udając się na uniwersytet, jego ojciec H. Jackson Brown usiadł i napisał dla syna 511 rad. Po ich opublikowaniu zbiór ten znalazł się na pierwszym miejscu listy bestsellerów „New York Times’a”.

Zdając sobie sprawę, że są to rady i wskazówki amerykańskiego ojca kierowane do amerykańskiego syna, pomijamy w druku takie, które odnoszą się głównie do życia w Ameryce, np.:

13. Używaj dobrych sreber.
18. Możesz jeździć tanim samochodem, ale miej najlepszy dom, na jaki cię stać.
24. Pij szampana bez szczególnego powodu.
30. Nigdy nie kupuj domu bez kominka.
32. Raz w życiu kup sobie wóz sportowy.
33. Miej doskonale stereo.  
albo:
5. Dawaj hojne napiwki kelnerkom, które podają śniadania.

Takie i podobne rady pomijamy (stąd brak kolejności w numeracji), bo i po co serce ranić. Wystarczy, że nasza pociecha będzie jadła śniadanie, niekoniecznie podane przez kelnerkę. A już całkiem źle może być z napiwkami - hojnym!

Prosimy, uzupełnijcie numerację i w kolejne luki wpiszcie swoje wskazówki, spostrzeżenia i przypomnienia na temat godnego i szczęśliwego życia w Polsce. Przecież tego życzymy naszym Latoroślom.

Wcale nie jest łatwo żyć godnie, a trwające aktualnie w naszym kraju przemiany, czynią ten fakt jeszcze trudniejszym oraz ważniejszym.

*Zespół Redakcyjny*

#### **Od autora:**

„Mały Poradnik życia” zrodził się jako prezent dla mojego syna Adama. Kiedy on pakował swoje stereo, maszynę do pisania, granatową marynarkę i inne niezbędne w jego nowym życiu rzeczy, ja zasiadłem w saloniku, żeby zapisać kilka spostrzeżeń i rad, które według mnie mogłyby mu się przydać. Przed laty przeczytałem, że obowiązkiem rodziców nie jest prowadzenie dzieci za rączkę, tylko zaopatrzenie ich w mapę. Miałem nadzieję, że w tym duchu wykorzysta poniższe refleksje serca i umysłu.

Zacząłem pisać i to, co jak sądziłem zajmie mi kilka godzin, trwało kilka dni. Zebrałem swoje odręczne notatki, przepisałem je na maszynę i opравиłem w gotowe okładki. Potem poszedłem do garażu i wsunąłem je pod siedzenie samochodu.

Kiedy już się urządził w domu studenckim, nadszedł czas wręczenia prezentu. Oddając mu oprawione strony stwierdziłem, że to jest to, co wiem na temat szczęśliwego i owocnego życia. Ucisnął mnie i podał mi rękę.

W kilka dni później Adam zatelefonował do mnie z uczelni. Tato - powiedział - przeczytałem tę książeczkę i

myślę, że to jeden z najlepszych prezentów, jakie w życiu otrzymałem. Będę do niej dodawał swoje spostrzeżenia i kiedyś dam ją swojemu synowi.

Raz na jakiś czas zdarza się, że człowiek promienieje ze szczęścia. Wiem coś o tym. Właśnie coś takiego przeżyłem.

*H. Jackson Brown*

#### **Adamowi, synowi**

*i w wielu sprawach mojemu nauczycielowi*

*Synu, jak mam ci pomóc widzieć?  
Może staniesz na moich ramionach?  
Teraz widzisz dalej niż ja.  
Teraz widzisz za nas obu.  
Czy powiesz mi co widzisz?*

*- Ojciec -*

#### **Rady, spostrzeżenia, przypomnienia:**

1. Powiedz coś miłego trzem osobom dziennie.
2. Przynajmniej raz w roku oglądaj wschód słońca.
3. Pamiętaj o urodzinach innych ludzi.
4. Miej mocny uścisk dłoni.
5. Patrz ludziom prosto w oczy.
6. Mów jak najczęściej „dziękuję”.
7. Mów jak najczęściej „proszę”.
8. Naucz się grać na jakimś instrumencie.
9. Śpiewaj pod prysznicem.
10. Sadź kwiaty każdej wiosny.
11. Mów pierwszy „dzień dobry”.
12. Żyj poniżej swoich możliwości.
13. Kupuj znakomite książki, nawet gdybyś miał ich nie przeczytać.
14. Bądź wyrozumiały dla siebie i innych.
15. Naucz się trzech doskonałych dowcipów.
16. Miej zawsze czyste buty.
17. Czyść zęby nitką.
18. Kiedy się bijesz, uderzaj pierwszy i wal z całej siły.
19. Zwracaj to, co pożyczyłeś.
20. Ucz czegoś.
21. Ucz się czegoś.
22. Żądaj podwyżki, kiedy uznasz, że na nią zasługujesz.
23. Traktuj każdego napotkanego człowieka tak, jak sam chciałbyś być traktowany.
24. Naucz się odróżniać muzykę Chopina, Beethovena i Mozarta.
25. Zasadź drzewko w dniu swoich urodzin.
26. Zawieraj nowe przyjaźnie, ale ceń sobie stare.
27. Dochowuj tajemnicy.
28. Rób dużo zdjęć.
29. Nigdy nie odmawiaj spróbowania domowych ciasteczek.
30. Nie odmawiaj sobie radości.
31. Nie zwlekaj z wysłaniem kartek z podziękowaniami.
32. Nie spisuj nikogo na straty. Cuda zdarzają się co

- dzień.
44. Okazuj szacunek nauczycielom.
  45. Okazuj szacunek policjantom i strażakom.
  46. Okazuj szacunek wojskowemu.
  47. Nie trać czasu na uczenie się „tajemnic” zawodu. Ucz się zawodu.
  48. Trzymaj nerwy na wodzy.
  49. Kupuj warzywa prosto od rolników, którzy reklamują swój towar odręcznymi napisami.
  50. Zakręcaj tubkę z pastą do zębów.
  51. Wynos śmieci nie czekając, aż cię poproszą.
  52. Głosuj.
  53. Zaskakuj tych, których kochasz drobnymi prezentami.
  55. Przestań mieć pretensje do innych. Bierz odpowiedzialność za każdy swój krok.
  57. Wykorzystaj nawet najgorsze sytuacje.
  58. Zawsze przyjmuj wyciągniętą dłoń.
  59. Żyj tak, żeby twoje dzieci, gdy będą myśleć o uczciwości, trosce o innych i prawdomówności, kojarzyły to zawsze z tobą.
  60. Przyznawaj się do błędów.
  61. Gdy wyjeżdżasz na dłużej, proś sąsiadów, żeby wyjmowali ze skrzynki twoje listy i gazety. To pierwsza rzecz, której wypatrują potencjalni włamywacze.
  62. Używaj dowcipu żeby bawić, nie ranić.
  63. Pamiętaj, że wszystkie informacje są stroniczne.
  64. Ukończ kurs tańca.
  66. Wspieraj orkiestrę szkolną.
  67. Żądaj wysokiej jakości i bądź gotów za nią płacić.
  68. Bądź odważny. A jeżeli nie jesteś, udawaj, że jesteś. Nikt nie zauważy różnicy.
  69. Gwiżdź.
  72. Oddawaj biednym wszystkie ubrania, których nie miałeś na sobie przez ostatnie trzy lata.
  77. Nie sądz, że zdrowie jest ci dane raz na zawsze.
  79. Trzymaj się z daleka od narkotyków i od ludzi, którzy mają z nimi coś wspólnego.

*Tym razem na tyle.  
ciąg dalszy nastąpi ...*

## Sprostowanie ...

Chochlik drukarski zagnieżdżył się w relacji pióra redaktora naczelnego pod tytułem „Mało nas do pieczenia chleba”, str. 31 Biuletynu Informacyjnego Nr 2/16/95 - połknął linijkę tekstu, zmieniając jego sens na „podteksty”.

Czytelnika mógł zadziwić fakt przypisywania „momentów komicznych” spotkaniu z Osobami takiej rangi jak Prezes NRPiP oraz Naczelną Pielęgniarką Kraju. Obie panie znam, szanuję i podziwiam. Nie miałam też żadnych powodów do pisania o Nich w takim kontekście.

PRZEPRASZAM w imieniu chochlika i własnym, ponieważ niedopilnowałam korekty własnego tekstu. Zamieszczam poniżej roboczy urywek tekstu, który po wydrukowaniu zabrzmiał tak niefortunnie.

„Było: fachowo, koleżeńsko, sympatycznie, momentami komicznie (zajęcia z redaktorem Jakubem Kopeciem), momentami uroczyście (spotkanie z Prezesem NRPiP Urszulą Krzyżanowską-Łagowską i z Naczelną Pielęgniarką Kraju - Grażyną Wójcik).”

Właśnie tak było! Komicznie też, a to za sprawą niebywałego poczucia humoru Pana Redaktora. Redaktor Jakub Kopeć urozmaicił zajęcia warsztatowe zabawnymi historyjkami, jakie przydarzały się podczas wieloletniej pracy redaktorsko-dziennikarskiej, prawie we wszystkich znanych tytułach prasy polskiej.

Z przeproszeniem

*Danuta Dryżałowska  
Redaktor Naczelny*

### ***przyjaciółka***

*napiszę o tobie jak płaczesz  
kiedy nie widzę  
wycierasz łzy  
tulisz się do siebie  
pijesz herbatę  
czekasz  
myślisz  
wstydzisz się rumieńców  
nagle  
rzucasz lustrem o ścianę  
promieniejesz  
taką siebie znam*

*Anna Paszkiewicz  
Pielęgniarka Oddziału Geriatrii i Onkologii  
WSzZ w Białej Podlaskiej*

## Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Wybory trwają ...

W trzy kolejne dni 25, 26 i 27 maja br. odbywały się wybory delegatów na V Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych (m-c wrzesień - Biała Podlaska).

Przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej Pani Celina Grębska poinformowała, że w I rejonie wyborczym wytypowano już 12 delegatów. Są to:

1. Marianna Tur
2. Danuta Dryżałowska
3. Wiesław Chwesiuk
4. Małgorzata Aleksandrak
5. Maria Dawidziuk
6. Dorota Chwedoruk
7. Barbara Mankiewicz

8. Jolanta Lewczuk
9. Jadwiga Żwiruk
10. Rozalia Kolada
11. Bogumiła Grzywacz
12. Ewa Wikierska

Pierwszej dwunastce delegatów gratulujemy.

(red.)

PRZEPRASZAMY PANIĄ MGR KAZIMIERĘ LIPKĘ - ZOZ Parczew za pominięcie Jej nazwiska w składzie Okręgowej Komisji Wyborczej (Biuletyn Nr 2/16/95, str. 4).

(red.)

### ZAPRASZAMY NA SYMPOZJUM

W Częstochowie w dniach 14 - 16.09.1995 r. odbędzie się symposium - „Lęki współczesnego człowieka”. Osoby zainteresowane problematyką zagrożeń wywołujących lęki u dzieci, młodzieży i ludzi dorosłych mogą zgłaszać swój udział na adres:

Symposium „Lęki współczesnego człowieka”  
42-217 Częstochowa  
ul. Waszyngtona 42  
tel. 24 19 71 wew. 21  
- do 15.05.1995 r.

Oplata rejestracyjna w zależności od terminu wpłaty wynosi:

- 10 zł - do dnia 15.05.1995 r.
- 15 zł - do dnia 31.08.1995 r.
- 20 zł - po dniu 31.08.1995 r.

Konto: PKO II O/Częstochowa 15525-259062-132-0

Istnieje możliwość rezerwacji zakwaterowania i wyżywienia. Koszt utrzymania dziennego około 25 zł (Domy Studenta, Dom Rehabilitacyjny - ilość miejsc ograniczona). Koszt zakwaterowania w Domu Pielgrzyma wynosi 15 - 30 zł.

Proponowana problematyka symposium: identyfikacja lęków, zagrożenia egzystencjalne, zagrożenia ekonomiczne, przemoc, samobójstwa wśród dzieci, młodzieży, dorosłych, uzależnienia, profilaktyka zagrożeń, samotność, nietolerancja, AIDS - postawy wobec chorych i choroby, propozycja metod radzenia sobie w sytuacjach trudnych, wywołujących lęk, warsztaty tematyczne.

Komitet Organizacyjny Symposium

# Z PRAC NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

## To był naprawdę pracowity miesiąc ...

**D**nia 17 marca 1995 r. zakończyła się pierwsza, czterotygodniowa wizyta dwóch Konsultantów z Kanady: Yvonne Chapman - Konsultant d/s Organizacji i Rozwoju Samorządu i Anne Wieler - Konsultant d/s Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Przebywały one w Polsce w ramach podpisanej w lipcu 1994 r. „Umowy w sprawie projektu instytucjonalnego wzmocnienia Polskiej Izby Pielęgniarek i Położnych” z Kanadyjskim Stowarzyszeniem Pielęgniarek i Szpitalem Mount Sinai - Centrum Międzynarodowego Rozwoju Pielęgniarstwa w Toronto.

Umowę projektu współpracy ze strony polskiej podpisała Prezes NRPIP Urszula Krzyżanowska-Łagowska, natomiast ze strony kanadyjskiej Dyrektor Centrum Współpracy WHO - Irmajejan Bajnok.

Celem podjętej współpracy jest pomoc Samorządowi Pielęgniarek i Położnych w rozwoju struktury organizacyjnej dla realizacji jej roli związanej z uregulowaniami prawnymi zawodu pielęgniarki i położnej, rozwojem polityki zdrowotnej i reformą służby zdrowia. Zadania jakie wynikają z powyższego celu to:

- wzmocnienie zdolności administracyjnej i przywódczej Izby poprzez realizację odpowiedzialności związanej z działalnością regulacyjną, rejestracyjną i poprawą jakości działań profesjonalnego pielęgniarstwa,

- sprecyzowanie roli Izby w trwającym procesie reformy opieki zdrowotnej.

Dla usprawnienia działań i realizacji projektu podjętej współpracy powołano:

1. Zespół d/s Rozwoju i Organizacji Samorządu w składzie: dr Anna Piątek, dr Grażyna Rogala-Pawelczyk, mgr Janina Binkowska, kierowany przez dr Lucynę Wilczewską.

2. Zespół d/s Podstawowej Opieki Zdrowotnej w składzie: prof. Zofia Kawczyńska-Butrym, dr Barbara Sztembis, mgr Danuta Zielińska, kierowany przez dr Janinę Fetlińską.

3. Dyrektora Operacyjnego Projektu - mgr Jolantę Nowak.

Podczas tego pobytu Konsultanci wizytowali:

- Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych,
- Departament Pielęgniarstwa przy MZiOS,
- Biuro Łącznika WHO przy MZiOS,
- Okręgową Izbę w Warszawie i Poznaniu,
- Ciechanowskie Konsorcjum Zdrowia,
- Centrum Edukacji Medycznej,
- Zakład Pielęgniarstwa CMKP,
- Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie,

- Zespół Opieki Zdrowotnej Mokotów - Pielęgniarstwo Środowiskowe.

W dniach od 22.02. do 01.03.1995 r. rozpoczętą współpracę wizytowała Dyrekcja ze strony Kanady w składzie: Irmajejan Bajnok, Norah Brochu, Judith Shami-an. W trakcie obrad ustalono:

- kolejne wizyty Konsultantów w Polsce (maj, październik i styczeń '96),

- wizytę delegacji polskiej w Kanadzie (czerwiec),

- szczegółowy program pobytu pierwszej wizyty Konsultantów w Polsce,

- strategię działań możliwych do podjęcia wynikających z celów - formy rozliczeń merytorycznych i finansowych z polskiej i kanadyjskiej strony.

### KANADYJSKIE STOWARZYSZENIE PIELĘGNIAREK (CNA)

CNA powstało w 1908 r. jako oficjalna krajowa organizacja ponad 100.000 dyplomowanych rejestrowanych pielęgniarek, które są jednocześnie członkiem Prowincjonalnego Stowarzyszenia Pielęgniarek. CNA jest federacją 11 Stowarzyszeń Prowincjonalnych, finansowane poprzez składki członków, jak również z dodatkowych dochodów takich jak wydawnictwo CNA, ogłoszenia czy Testing Services. CNA reprezentuje zawód pielęgniarek w kraju i za granicą. Jest członkiem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN).

Działalność CNA ukierunkowana jest na 5 głównych celów:

1. Promowanie wysokich standardów w pracy pielęgniarek, ich edukacji, badaniach naukowych, administracji celem osiągnięcia takiej jakości opieki pielęgniarskiej, jakiej oczekuje społeczeństwo Kanady.

2. Promowanie ujednoliconych i wysokiej jakości działań regulacyjnych przez licencjonowane przedstawicielstwa pielęgniarskie.

3. Ustalenie perspektyw dla pielęgniarstwa i dla zagadnień opieki zdrowotnej w kraju.

4. Zapewnienie przywództwa pielęgniarkom pracującym.

5. Przemawianie w imieniu i reprezentowanie pielęgniarek kanadyjskich w sprawach dotyczących pielęgniarstwa, zagadnień zdrowotnych przed społeczeństwem, rządem i innymi organizacjami krajowymi i międzynarodowymi.

**Wrażenia z pobytu w Polsce**

Zarówno Yvonne jak i Anne były w Polsce po raz

pierwszy. Dla Anne był to kolejny pobyt w Europie Wschodniej. W latach 1986-88 była Konsultantem d/s Podstawowej Opieki Zdrowotnej dla biura Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Genewie i miała możliwość bliższego zapoznania się z systemami opieki zdrowotnej w krajach Europy Wschodniej, co ułatwia jej zrozumienie problemów i potrzeb polskiego środowiska pielęgniarskiego oraz naszego kraju. Yvonne w latach osiemdziesiątych była Dyrektorem Wykonawczym Stowarzyszenia Pielęgniarek Alberty i brała czynny udział w nowelizacji Ustawy o Zawodzie Pielęgniarki, która weszła w życie w 1984 r. Dzięki własnemu doświadczeniu będzie służyła nam radą i pomocą w pracach nowelizacji polskiej Ustawy.

Przyjazd Konsultantów z Kanady stał się dla nas ważnym wydarzeniem nie tylko zawodowym ale także i

kulturowym i językowym. W trakcie tej wizyty miałyśmy okazję zaprezentować naszym gościom nie tylko tzw. „polską gościnność” ale również wprowadzić je w świat polskiej kultury i tradycji, między innymi poprzez wspólne wyjścia do Teatru Wielkiego na operę „Madame Butterfly”, „Baron Cygański”, „Cyrulik Sewilski” czy na koncert „Mazowsza” w Sali Kongresowej, którym były zauroczone. Podziwiały naszą historię, tradycję, przywiązanie do miejsca pracy i zamieszkania, pokonywanie trudów życia codziennego i zawodowego. Jak zgodnie zauważyły, więcej nas łączy niż dzieli, nie tylko w życiu zawodowym.

**Jolanta NOWAK**

### **OD REDAKCJI...**

*Koleżanki „piszące” - aurocki referatów, artykułów, relacji prosimy o dostarczanie maszynopisów w dwóch egzemplarzach w celu usprawnienia naliczania wysokości honorarium.*

*Dotychczas przesłanie maszynopisu pracy autorskiej do Prezydium OR było możliwe dopiero po odebraniu jej z drukarni, co znacznie wydłużało okres oczekiwania na zapłatę.*

*Prosimy o zgłaszanie się po honorarium z dowodem osobistym, po uprzednim uzgodnieniu telefonicznym dnia wypłaty z Panią Teresą Stasiak - kasjerką Izby.*

### **KONKURS, KONKURS...**

*Dopiero w trzecim terminie możliwe było podsumowanie Konkursu na najlepszy referat roku 1994 (pierwszy termin: 30 marca br. - 2 głosy, drugi: 26 kwietnia - 5, mniej niż tematów prac autorskich). W trzecim terminie - 25 maja 1995 r. o godz. 9.00 - komisja konkursowa podsumowała wyniki losowania.*

*Skład komisji:*  
D. Dryżałowska - redaktor naczelny,  
G. Papińska - członek Zespołu Redakcyjnego,  
E. Kulińska - tzw. osoba niezawisła (spoza zespołu redakcyjnego).

*Najwięcej głosów (5) otrzymał referat pt. „Karmienie piersią” kol. Wandy Gromysz - Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Noworodkowego WSzZ w Białej Podlaskiej.*

*Pozostałym autorkom konkursowych referatów zamieszczamy informację o ilości zdobytych głosów:*  
Eugenia Denicka - 3,  
Danuta Weremczuk - 2,  
Barbara Soćko - 2.

*Koleżankom, które zechciały przystąpić do konkursu, a było ich tylko 12, dziękujemy za przysłanie kartek z głosami. Szczęście dopisało jednej z nich - Zuzannie Zdunek, pielęgniarce Oddziału Okulistycznego WSzZ w Białej Podlaskiej - wytypowanej drogą losowania.*

*Zwycięzcom gratulujemy i zapraszamy po odebranie nagród dnia 28.06.1995 r. do Sekretariatu OIPIP w Białej Podlaskiej przy ul. Warszawskiej 15, w godz. 8.00 - 14.00.*

*Równocześnie informujemy, że następny konkurs ogłoszony będzie na wyraźne zapotrzebowanie środowiska pielęgniarskiego. Czekamy na propozycje dotyczące zarówno formy, jak i tematu konkursu (-ów). Z własnej inicjatywy nie będziemy prowadzić tej formy działalności, ponieważ nie chcemy „uszcześliwiać na siłę”.*

(red.)



# DZIAŁ PRAWNY

## Zasady nabywania emerytury z osiągnięciem niższego wieku emerytalnego oraz uprawnień do wzrostu emerytury lub renty inwalidzkiej

**Z**godnie z uregulowaniami zawartymi w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 7.02.1983 r. (Dz.U. Nr 8, poz. 43) - pracownicy zatrudnieni przy wykonywaniu niektórych rodzajów prac nabywają uprawnienia do niższego wieku emerytalnego oraz do wzrostu uzyskanej emerytury lub renty o 10% podstawy wymiaru. Niższy wiek emerytalny oznacza 55 lat dla kobiet i 60 lat dla mężczyzn osiągnięte w czasie zatrudnienia lub w ciągu 5 lat od jego ustania, zaś z wymaganego okresu zatrudnienia - co najmniej 15 lat pracy w szczególnych warunkach. Wymienione wyżej warunki muszą być spełnione łącznie, przy czym warunek osiągnięcia wieku emerytalnego w czasie lub 5 lat po ustaniu zatrudnienia nie jest wymagany w przypadku, gdy okres zatrudnienia wynosi 30 lat dla kobiety i 35 lat dla mężczyzny, bądź gdy w chwili osiągnięcia wieku emerytalnego byli uprawnieni do renty inwalidzkiej.

Jeśli chodzi o rodzaje prac uważanych za zatrudnienie w szczególnych warunkach lub charakterze - należą do nich następujące prace wykonywane w zakładach służby zdrowia przez pielęgniarki lub położne na stanowisku pielęgniarki, w myśl wyszczególnienia Zarządzenia MZiOS z dnia 12.07.1983 r. w sprawie prac wykonywanych w szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze w zakładach pracy resortu zdrowia i opieki społecznej:

1) na oddziałach (działach) intensywnej opieki medycznej lub anestezjologii;

2) na oddziałach psychiatrycznych i odwykowych w zakładach służby zdrowia, w tym również w sanatoriach dla nerwowo i psychicznie chorych, sanatoriach i oddziałach neuropsychiatrii dziecięcej i szpitalach uzdrowiskowych dla dzieci z porażeniami mózgowymi, zakładach dla dzieci głęboko niedorozwiniętych do lat 3, zakładach leczenia odwykowego alkoholików i narkomanów oraz oddziałach dziennych i nocnych dla osób z zaburzeniami

psychicznymi;

3) na oddziałach onkologicznych;

4) na oddziałach leczenia oparzeń;

5) na oddziałach (ośrodkach) leczenia ostrych zatruc;

6) przy stosowaniu leków cytostatycznych;

7) w zespołach operacyjnych następujących dyscyplin zawodowych: instrumentująca, biorąca udział w zabiegu, pomagająca do znieczulenia;

8) w zespołach pomocy doraźnej pogotowia ratunkowego (w zespołach wyjazdowych i ambulatoriach pogotowia) oraz w zespołach pomocy doraźnej medycznego ratownictwa górniczego (nie dotyczy położnej zatrudnionej na stanowisku pielęgniarki);

9) w domach pomocy społecznej dla nieuleczalnie i przewlekle chorych, umysłowo upośledzonych dorosłych i umysłowo niedorozwiniętych dzieci z tym, że nie dotyczy to położnej na stanowisku pielęgniarki, zaś dotyczy asystentki pielęgniarki i młodszej pielęgniarki.

Warunkiem uznania okresu zatrudnienia na powyżej wymienionych stanowiskach pracy jest wykonywanie danej pracy stale i w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującego na tym stanowisku.

Okresy zatrudnienia w szczególnych warunkach i w szczególnym charakterze ustala zakład pracy na podstawie posiadanej dokumentacji. W związku z powyższym zakład pracy jest zobowiązany określać rodzaj, charakter i wymiar czasu pracy wykonywanej w szczególnych warunkach w umowie o pracę, prowadzić ewidencję stanowisk pracy wymienionych w wykazie i stwierdzać okresy pracy w szczególnych warunkach w zaświadczeniu wystawianym wg wzoru stanowiącego załącznik do w/w zarządzenia.

*mgr Renata DOROSZUK*  
Radca Prawny OIPiP

## REFERATY

### 1 grudnia - Światowy Dzień AIDS

*Miliony ludzi na świecie zakażyło się wirusem HIV i żyje z ciężarem ostatecznego zagrożenia. Dane Światowej Organizacji Zdrowia wykazują, że coraz więcej kobiet choruje na AIDS. Wiele z nich zakażyło się od swoich partnerów: mężów i kochanków. Kobiety mogą przekazywać śmiertelny wirus swoim dzieciom. Rodzina ludzka znalazła się w niebezpieczeństwie. Dlatego też Światowy Dzień AIDS, 1 grudnia 1994 r. będzie obchodzony pod hasłem „AIDS i RODZINA”. Proponujemy wszystkim 10 punktów o AIDS. Warto je poznać, zastanowić się, przemyśleć ...*

#### 1. AIDS jest problemem ogólnoswiatowym

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia do czerwca 1994 roku zakażeniu wirusem HIV uległo na świecie około 19 milionów kobiet i mężczyzn oraz 2 miliony dzieci na wszystkich kontynentach. U 5 milionów ludzi wystąpiły pełne objawy AIDS. Pandemia AIDS zapoczątkowana w Afryce w ciągu kilkunastu lat opanowała cały świat.

#### 2. HIV i AIDS

AIDS (zespół nabytego niedoboru odporności) jest ostatnim stadium zainfekowania organizmu ludzkim wirusem niedoboru odporności - HIV. Niekiedy AIDS rozwija się długo, nawet kilkanaście lat. Osoba zakażona może wyglądać i czuć się zdrowo a równocześnie przekazywać wirusa innym.

#### 3. Jak przenosi się wirus HIV

Wirus HIV jest przekazywany przede wszystkim w trakcie kontaktu seksualnego bez zabezpieczeń. Rozprzestrzenia się również przez zakażoną krew (poprzez używanie zainfekowanych igieł, strzykawek i innych instrumentów przebijających skórę) oraz przez zakażone produkty krwiopochodne. HIV przekazać może matka swojemu dziecku - przed i w trakcie porodu oraz podczas karmienia piersią.

#### 4. Zakażenia można uniknąć

Kontakt seksualny to główny sposób przenoszenia się wirusa HIV z organizmu do organizmu. Ryzyko może być znacznie zmniejszone poprzez właściwe i konsekwentne stosowanie prezerwatyw. Najskuteczniejszą metodą jest wstrzemięźliwość seksualna, wzajemna wierność niezakażonych partnerów.

#### 5. Zakażenie przez krew może być wyeliminowane

Krew używaną obecnie do transfuzji bada się obecnie na obecność wirusa HIV i niszczy w wypadku jego wykrycia. Igły, strzykawki i inne instrumenty przebijające skórę powinny mieć charakter jednorazowy. Nie wolno z nikim się nimi dzielić.

#### 6. Jak nie przenosi się HIV

Wirus HIV rozwija się w komórce, nie jest w stanie żyć poza organizmem ludzkim. Nie jest więc przekazywany przez codzienne kontakty: podanie ręki, dotyk czy uścisk. Nie szerzy się poprzez wodę, żywność, używanie wspólnych naczyń, wspólną kąpiel w basenach czy też używanie wspólnej toalety. Nie przenoszą go komary ani

inne owady. Nie ma niebezpieczeństwa zarażenia się w trakcie zwykłych, codziennych kontaktów z ludźmi.

#### 7. Izolowanie zakażonych HIV lub chorych na AIDS nie jest rozwiązaniem

Izolowanie ludzi zainfekowanych lub chorych jest nie tylko pogwałceniem praw człowieka ale również zagrożeniem zdrowia publicznego. Z punktu widzenia społeczeństwa i jednostki jest to zupełnie niecelowe, ponieważ:

- nosiciele HIV spycha do podziemia utrudniając w efekcie prewencję i opiekę,
- innym ludziom daje poczucie, że niebezpieczeństwo zostało wyeliminowane a tym samym nie istnieje konieczność zachowania środków ostrożności.

#### 8. Informacja jedyną szczepionką przeciw AIDS

Każdego dnia na świecie wirusem HIV zakaża się około 8 000 osób bez względu na wiek, płeć, kolor skóry czy wyznanie. Nie ma leku aby uniknąć przedwczesnej śmierci, musimy dążyć do zmiany zachowań seksualnych. Informacja i edukacja są jedyną szczepionką.

#### 9. Szansa dla rodziny

Każda rodzina może przyczynić się do powstrzymania pandemii AIDS. W rodzinie, w której są dorastające dzieci problemy związane z dojrzewaniem nie powinny być tematem „tabu”. Jeżeli kochasz swoje dzieci powinieneś zainteresować się ich życiem pozaszkolnym, poznać kolegów, środowisko w jakim żyje. Warto zachęcać je do zdrowego życia bez papierosów, alkoholu, narkotyków. Dla przyszłości twoich dzieci niezwykle ważne są szczere rozmowy na temat wstrzemięźliwości seksualnej, miłości i wierności, lojalności wobec partnera oraz zasad bezpiecznego seksu.

#### 10. Co Ty możesz zrobić?

I Ty możesz przyczynić się do powstrzymania AIDS upewniając się, że zrozumiesz fakty o HIV/AIDS i pomożesz zrozumieć je innym. Światowy Dzień AIDS jest szczególną okazją do skoncentrowania się na tym palącym problemie, który dotyczy nas wszystkich. 1 grudnia każdego roku dzień ten obchodzony jest na całym świecie - odbywają się tysiące wykładów, spotkań i imprez, których celem jest zwiększenie świadomości zdrowia. Przyłącz się w tym dniu - i każdego dnia - do wysiłków czynionych na całym świecie by powstrzymać AIDS.

## Rola wychowania w rodzinie w procesie przeciwdziałania AIDS

Referat na Międzynarodową Konferencję „Chory na AIDS w rodzinie i społeczeństwie”, 1 - 2 grudnia 1994 roku. (streszczenie)

W referacie chciałabym omówić niektóre wyniki badań z Polski (CEBOS, PZH, IMiDz) i ze świata (WHO), które upoważniają do postawienia następujących tez:

1. W ostatnich latach wśród nastolatków w Polsce daje się odnotować pewne zmiany w zachowaniach seksualnych i normach związanych z seksem. Wskazywałyby one na większą swobodę w tej dziedzinie. Zjawisku temu nie towarzyszy upowszechnienie hedonizmu, ciągle nie ma bowiem przyzwolenia na seks dla przyjemności bez małżeństwa i miłości. Miłość jest najważniejszym wyróżnikiem związku między kobietą i mężczyzną. Przejście inicjacji seksualnej nie dowodzi obecnej aktywności płciowej.

2. Rodzina, rodzice a zwłaszcza matka jest najbardziej pożądanym źródłem informacji o seksualności człowieka i o HIV/AIDS. Z badań amerykańskich można sądzić, że rasa, uczestnictwo w praktykach religijnych i wychowanie domowe mają większy wpływ na to czy dziewczęta podejmują życie seksualne, niż szkolna edukacja seksualna.

3. Udział rodziny w wychowaniu seksualnym dzieci jest za mały. Udział ojca w pełnieniu tej funkcji jest minimalny. Im większa kompetencja rodziny do wychowania seksualnego, tym częściej realizowany jest restrykcyjny model wychowania dzieci. W rodzinach powszechnie obserwuje się lepsze kontakty dzieci z matką niż z ojcem. Im rzadziej dzieci mogą liczyć na pomoc rodziców, a szczególnie ojca, tym częściej deklarują osamotnienie - zwracają się wówczas w stronę rówieśników. Udział rodziny w informowaniu o HIV/AIDS jest zbyt mały.

4. Rodziny, które wykazują większe kompetencje do wychowania seksualnego dzieci (stosują więcej i/lub bardziej różnorodne działania wychowawcze i mają bardziej otwarty stosunek do seksualnych zainteresowań dzieci) odznaczają się istnieniem silniejszych więzi emocjonalnych między członkami, są raczej małe, lepiej

sytuowane, a ojciec ma wykształcenie wyższe od podstawowego i zasadniczego zawodowego.

5. Nie ma dowodów na to, że istnieje kryzys rodziny w sferze świadomości Polaków, przeciwnie - rodzina jest wielką wartością. Jeżeli kryzys ten istnieje, to raczej w sferze operacyjnej.

6. Z porównania 19 dobrze udokumentowanych i poprawnych metodologicznie badań z różnych regionów świata i różnych kultur wynika, że szkolna edukacja seksualna nie przyspiesza ani nie zwiększa aktywności seksualnej młodzieży, a przy spełnieniu pewnych wymogów może opóźniać inicjację i prowadzić do zachowań bezpieczniejszych.

### Wnioski wynikające dla praktyki:

- rodzina powinna pełnić najważniejszą rolę w wychowaniu seksualnym młodych ludzi; poprawienie obecnego, mało optymistycznego, stanu rzeczy wymagałoby raczej tworzenia warunków, w których rodzina mogłaby funkcjonować harmonijnie; nawoływania o podniesienie roli rodziny w życiu człowieka, czy o podjęcie przez rodzinę funkcji wychowawczej w tej dziedzinie, zdają się być mało konstruktywne;

- jedną z możliwości pomocy rodzinie jest prowadzenie edukacji seksualnej w środowisku pozadomowym, np. szkolnym;

- inną z możliwości, wymagają dużo więcej czasu i nakładów, jest polepszanie bytu materialnego rodzin oraz podnoszenia ogólnego poziomu wykształcenia społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem „społecznej edukacji” chłopców i mężczyzn.

**Dorota CIANCIARA**

Zakład Wychowania Zdrowotnego i Higieny Szkolnej  
Państwowego Zakładu Higieny  
Warszawa

## Czy mamy obowiązki moralne wobec chorych na AIDS?

Pytanie to odzwierciedlać ma złożoną atmosferę moralną, jaka powstaje wokół problemu chorych na AIDS. Składają się na nią: lęk, współczucie, bezradność i niejasne poczucie powinności znajdujące swój wyraz raczej w poczuciu winy niż świadomości celów działania.

Proporcje tych różnych elementów zależą od wrażliwości moralnej, wychowania, nawyków, przyjętych systemów wartości. Zależą również od sposobu rozumienia pojęcia obowiązku. I od tego chciałabym zacząć.

### Dwa rodzaje obowiązków:

Pojęcie obowiązku możemy rozumieć i interpretować co najmniej na dwa sposoby. Jedna interpretacja ma charakter maksymalistyczny, druga minimalistyczny. Według jednej obowiązek związany jest z pojęciem dobroci i miłości, według drugiej z pojęciem uczciwości i wzajemności. Zasadą obowiązków pierwszego rodzaju będzie miłość bliźniego, zasadą obowiązków drugiego rodzaju będzie: nie czyni drugiemu, co tobie niemiłe.

Obowiązki w znaczeniu minimalistycznym mają

wymiar konkretny, praktyczny, dany; są one związane z cudzymi roszczeniami i naszymi prawami. Obowiązki te mają najczęściej charakter negatywny (są sformułowane w postaci zakazów, „nie kradnij”, „nie cudzołóż”, etc.) i wzajemnościowy. Tatarkiewicz twierdził, że wartością, która najpełniej wyraża ich sens i która jest ich podstawą, jest - uczciwość. Uczciwość polega na tym, by oddać to, co się należy, by nie obiecywać pomocy, jeśli nie jest się pewnym, czy podoła się jej wezwaniom, by nie udawać uczuć, jeśli się ich rzeczywiście nie żywi. Obowiązki uczciwości, obowiązki minimum etycznego, budują podstawę życia społecznego.

Ludzie czyniący zadość tego rodzaju obowiązkom zasługują na miano uczciwych, przyzwoitych i roztropnych, choć niekoniecznie dobrych, czy miłosiernych. Dobroć jest bowiem związana z realizacją obowiązków innego typu. Jest pewnego rodzaju naddatkiem nad moralnością codzienną. Obowiązki maksymalistyczne trudno sprecyzować, bo wynikają z emocji, z wrażliwości na cudze cierpienia, z - jak to określa prof. Przełęcki - potrzeby lub imperatywu samozatrzymania (siebie na rzecz innych). Taka dobroć jest niewątpliwie ogromnie cenna, nie mniej jej nieredukowalnie osobowy i indywidualny charakter nie może stać się przedmiotem zaleceń powszechnych. Tak jak przedmiotem takich zaleceń nie mogą się stać zachowania święte lub bohaterskie.

Ten punkt widzenia uznałabym za bardzo ważny w formułowaniu obowiązków moralnych wobec AIDS. Jest on również ważny z punktu widzenia ocen moralnych ludzkich zachowań. Jeśli bowiem przyjmiemy za punkt odniesienia moralność dobroci, a więc moralność maksymalistyczną, to wtedy zarówno wymagania wobec ludzi, jak i - co za tym idzie - skłonność do potępień, będzie znacznie większa, niż wtedy, gdy spojrzymy na człowieka z punktu widzenia zasad jego elementarnej a więc mogącej być przedmiotem roszczeń - uczciwości. W moralności, prócz wskazywania na ideały liczy się również skuteczność. Nie powinno się tedy stawiać zbyt wysoko moralnej poprzeczki, bo wtedy wychowa się nie świętych, bohaterów czy aniołów lecz hipokrytów. To jest pierwsza teza, która jest podstawą dla następnych.

Powinności moralne wobec chorych na AIDS sformułowałabym więc w wersji minimalnej, to znaczy tej, która istotna jest dla moralności społecznej.

Będą to - jak sądzę - trzy obowiązki, od których zacząć należy. Pierwszym jest obowiązek wiedzy, drugi to obowiązek tolerancji, rozumianej w określony, ściśle moralny, sposób; trzeci to obowiązek pomocy, wszelako nie hipotetycznej i deklaratywnej a użytecznej, z której granic trzeba sobie jasno zdawać sprawę.

#### Obowiązek wiedzy

AIDS jest chorobą, która jak żadna inna związana jest ze strachem. Można powiedzieć, że sama choroba jest zjawiskiem znacznie bardziej racjonalnym, niż strach, który ją otacza. Jego przyczyną jest z jednej strony destabilizacja wyobraźni społecznej, konieczność redefinicji podstawowych symboli kultury: miłość, krew, sperma - symbole życia, stają się symbolami śmierci. Przyczyną strachu jest również fakt, że oto mamy do

czynienia z porażką pewnej wizji wolności wywalczonej przez liberalne koncepcje praw jednostki. Wolnością tą niedługo było nam dane się cieszyć. Z drugiej strony, przyczyną strachu, szerzącego się szybciej i skuteczniej niż AIDS, jest niewiedza. Niewiedza, jak również nieufność wobec wiedzy. Strach, niewiedza i nieufność są trudne do wyeliminowania przede wszystkim dlatego, że sfera życia bezpośrednio związana z AIDS, a więc intymna sfera życia człowieka, jest ciągle tematem tabu. Obowiązek wiedzy, wiedzenia, kompetencji jest więc w obliczu AIDS obowiązkiem podstawowym, a przy tym nie dającym się sprowadzić jedynie do edukacji seksualnej, choć niewątpliwie właśnie ona stanowi jakiś punkt wyjścia.

Obowiązek wiedzy musi się opierać na takim określeniu problemu, by AIDS było definiowane jako zagadnienie z zakresu medycyny, a nie - moralności. Wiedza i argumenty uzasadniające określone działania muszą mieć charakter medyczny, racjonalny, pozbawiony pouczeń i moralizatorstwa zabarwionego groźbą. Obowiązek wiedzy jest obowiązkiem zarówno osób kompetentnych, jak i wszystkich tych, którzy już przełamali własny strach. Przede wszystkim jest to jednak obowiązek określonych instytucji edukacyjnych, zwłaszcza zaś - politycznych.

#### Obowiązek tolerancji

Drugim obowiązkiem jest tolerancja. Pojęcie tolerancji nabiera coraz częściej pejoratywnego zabarwienia; myli się tolerancja z permissywizmem, nihilizmem, indyferencją, czy niewrażliwością moralną. Aby tego uniknąć, trzeba wyraźnie powiedzieć, jakie warunki muszą być spełnione, by tolerancja była wartością moralną, która stanowić może, a nawet powinna, przedmiot naszych obowiązków. Nie jest zachowaniem tolerancyjnym obojętność wobec innych, która wynika z pogardy dla nich, z potrzeby świętego spokoju, z patrzenia się na innych z góry. Jest się tolerancyjnym, gdy dostrzega się czyjąś odmienność i nawet, gdy się ma możliwość przeciwdziałania jej, a jednak nie robi się tego, ponieważ szanuje się prawo do cudzej odmienności. W tolerancji tak rozumianej istotny jest więc szacunek dla innego człowieka. Trzeba odróżnić błąd od błędzącego, osobę od jej czynów i zachowań. Trzeba również odróżnić czyjeś uprawnienia do odmienności od własnej oceny tej odmienności. Często stykam się ze zjawiskiem potępienia zachowania, które idzie w parze z przekonaniem o konieczności ograniczenia praw. W przypadku chorych na AIDS chodzi o ów niepojęty postulat izolacji, kontroli, zamknięcia. Obowiązek tolerancji ma takim postulatom przeciwdziałać. Nie chodzi w nim - powtarzam - o akceptację zachowań, lecz o szacunek wobec innych. Nie chodzi o polubienie innych lecz zdanie sobie sprawy, że niezależnie od tego kim ci inni są, mają oni takie same prawa jak my. Obowiązek tolerancji nie jest jednak tylko obowiązkiem negatywnym, ograniczającym nasze działania. W teoriach moralnych mówi się o tolerancji pozytywnej to znaczy takiej, gdzie szacunek dla cudzej odmienności idzie w parze z życzliwym popieraniem jej (z czym mamy do czynienia wtedy, gdy na przykład mężczyźni walczą o prawa kobiet, heteroseksualiści życzliwie

wspierają dążenia homoseksualistów lub gdy zdrowi reprezentują interesy chorych). I gdy dzieje się tak nie dlatego, że jednej stronie bliskie są poglądy lub potrzeby strony drugiej, lecz dlatego, że jedni szanują i życzliwie wspierają odmienność innych ze względu na tę odmienność właśnie. Zachowaniem tolerancyjnym będzie również zachowanie, które wyrażając ten sam szacunek będzie związane z interwencją, pozbawioną wszelako przemocy. Można wszak zachowując postawę tolerancji wpływać na zachowania innych przez rozmowę, perswazję, argumentację, czy dawanie przykładu.

#### Obowiązek pomocy

Obowiązek pomocy formułowałbym najbardziej ostrożnie. Jestem bowiem zwolennikiem tezy, że w przypadku AIDS, sens ludzkich działań, nawet moralnych powinno się mierzyć ich skutecznością a nie tylko intencjonalnością. Niewielką wartość jestem skłonny przyznać działaniom symboliczno-rytualnym czy deklaracjom. Jeśli zamierzamy pomóc chorym na AIDS to tylko wtedy, gdy wiemy jak to zrobić i gdy wiemy, że ta pomoc przyniesie realne korzyści. Symboliczne gesty nie mają sensu. Nie mają też sensu działania represywne, karzące, nastawione na wytworzenie lęków, paniki i bezradności. Obowiązek pomocy nie może się w żaden sposób ograniczać do nawoływania do wierności, napominania o zmianie stylu życia czy preferencji seksualnych, wreszcie, nie może polegać na wzbudzaniu poczu-

cia winy (co, mam wrażenie, jest szczególnie polską specjalnością). Zakaz i potępienie są ucieczką od problemu. Postępu moralnego nie osiąga się przez rozbudzenie i umacnianie w ludziach poczucia winy i strachu.

Chorzy na AIDS nie potrzebują - jak sądzę - litości. Potrzebują natomiast konkretnej pomocy: medycznej, duchowej, psychologicznej, socjalnej, materialnej, prawnej. Potrzebują pomocy, bo są ciągle izolowani, wykluczani, tracą pracę, tracą mieszkania, są opuszczani przez współmałżonków, rodziców, dzieci, przyjaciół, znajomych. Celem tej pomocy powinno być więc nie napominanie, lecz nauczenie umiejętności radzenia sobie z problemami (w tym życia z chorobą, bardziej niż oswojenia z umieraniem), przede wszystkim zaś przywrócenie poczucia pełnowartościowości.

Pomocy powinni udzielać ludzie posiadający kompetencje lub, co rzadkie i co w związku z tym nie może się stać przedmiotem żadnych zaleceń - ludzie obdarzeni tajemniczym nadmiarem miłości. Jeśli zaś chodzi o pomoc pozostałych, czyli pomoc nas wszystkich, to niechaj ograniczy się ona do szerzenia wiedzy na temat AIDS i tolerancji wobec ludzi chorych. Niby to mało, ale jakże, w naszych warunkach, dużo.

*dr Magdalena ŚRODA*  
Zakład Etyki, Instytut Filozofii  
Uniwersytet Warszawski

## Postawy pracowników ochrony zdrowia wobec zakażenia wirusem HIV

**D**ziwny to był fakt, że pojawienie się zakażenia wirusem HIV/AIDS spowodowało kompletne obezwładnienie lekarzy, nie tylko w naszym kraju. Zdawałoby się, że zawód ten, stykający się od wieków z bardzo ciężkimi epidemiami, powinien przyjąć fakt powstania jeszcze jednej nowej choroby, jako fakt oczywisty, przyjąć opiekę i diagnostykę chorych na AIDS, jako fakt oczywisty, taki sam jak wtedy, kiedy mamy przed sobą chorego na gruźlicę, czy chorego na choroby serca. Tak się nie stało. Nastąpiło jakieś obezwładnienie.

Kiedy parę lat temu, gdy faktyczny problem HIV pojawił się u nas, patrzyłam na środowisko lekarskie w Polsce, przypominało mi to lata sześćdziesiąte, kiedy wybuchła epidemia ospy prawdziwej, głównie we Wrocławiu. Wówczas wszyscy lekarze w całej Polsce, przygotowaliśmy się do tej epidemii. Nie było słychać głosów lęku, głosów mówiących o tym, że ktoś nie będzie brał udziału w walce z epidemią w sensie praktycznym, czyli w zetknięciu się z osobami chorymi, podczas kiedy nie ma w ogóle porównania, jeśli chodzi o zakaźność tych dwóch chorób. Ospa prawdziwa jest chorobą niezwykle zakaźną i zakazić się może każdy, w każdej chwili, nawet przy stosowaniu różnych środków zapobiegających zakażeniu.

Dlaczego właśnie choroba AIDS spowodowała tak

wielkie zaskoczenie, wręcz panikę środowiska lekarskiego i wyzwoliła to, czego nie chcielibyśmy widzieć w ogóle w naszym zawodzie: wyzwoliła reakcje niezgodne ani z przysięgą Hipokratesa, ani z codzienną etyką lekarską, z którą liczymy się pracując na codzień nieraz z bardzo ciężkimi chorymi? Myślę, że na to pytanie mogą być bardzo różne odpowiedzi, ale nie to w tej chwili jest ważne. Ważne jest to, jakie zagadnienia pojawiły się dla lekarzy wobec istnienia tej choroby. Pierwsze zagadnienie, to jest zagadnienie udzielania pomocy choremu na AIDS, lub zakażonemu HIV, w każdej sytuacji przez lekarza każdej specjalności, do którego ten chory trafi. Te parę lat, które dzielą nas od pierwszych zachorowań w Polsce, spowodowały zmiany. Pamiętam czas, kiedy niemal niepodobiestwem było dostanie się przez człowieka zakażonego do stomatologa - nie ukrywajmy, nie jest to specjalność lekarska najbardziej narażona na zakażenia w czasie zabiegu - a kobieta rodząca, zakażona HIV, odsyłana była z oddziału położniczego na oddział. Ponieważ biorę udział w szkoleniach w sprawie AIDS dla środowisk lekarskich, wiem jak zmieniają się pytania i reakcje w stosunku do różnych, poruszanych na tych szkoleniach, problemów. Wówczas była wyraźna tendencja większości środowisk lekarskich, aby zakażony HIV trafiał do specjalnych ośrodków: specjalnych klinik stomatologicznych, położniczych, chirurgicznych. Z jed-

nej strony jest to absurd, z drugiej - rzecz niewykonalna oraz bardzo szkodliwa.

Dzisiaj w bardzo znacznym stopniu zmieniło się to, choć jeszcze niekiedy występują takie zjawiska, że chory szukający pomocy u lekarza jest odsyłany. Widzieliśmy takie przykłady wśród podopiecznych naszych domów, kiedy z bólem zęba i obrzękiem, chory chodził po wielu stomatologach, aż wreszcie trafił na takiego, który wykonał mu zabieg, ale zakażony HIV już zastanawiał się: właściwie po co przyznają się? To jest problem.

Chory z dodatnim odczynem, naturalnie powinien lekarzowi o tym powiedzieć, ale sądzę, że na obecnym etapie medycyny - pomijając zagadnienie etyczne - z praktycznego punktu widzenia należy powiedzieć sobie, że każdy, kto zgłasza się do oddziału szpitalnego, przychodni lub gabinetu zabiegowego, to może być człowiek zakażony HIV lub inną chorobą przenoszoną drogą krwi. Takich chorób jest wiele i są znacznie częstsze; jak choćby żółtaczka wszczepienna, która w naszym kraju zbiera niemałe żniwo. Musimy być na to przygotowani i nie jest prawdą, że nie ma środków zabezpieczających, szczególnie w stosunku do wirusa HIV, który jak wiemy, na szczęście jest bardzo nieodporny na różne środki dezynfekcyjne, na temperaturę itd. Ciągłe pojawiają się głosy z różnych oddziałów, w szczególności położniczych i zabiegowych, że nie stać ich na to, aby rodziła kobieta zakażona, czy operowany był chory z wirusem HIV, dlatego że nie mają wystarczających środków zabezpieczających. To nie jest prawda, pomimo naszej biedy w ochronie zdrowia. Jest to jedynie argument, którym staramy się pokryć nasze nieczyste sumienie. Jednakże skala tego zjawiska - według moich obserwacji - zmniejszała się, lekarze wiedzą już dużo o istocie zakażenia, drogach przenoszenia i możliwościach uchronienia się przed zakażeniem. Jednakże lekarz nigdy nie może być w pełni zabezpieczony przed zakażeniem jakkolwiek chorobą od pacjenta. Jest to sprawa ryzyka wliczonego w nasz zawód, który nie jest oderwany od życia i jeżeli decydujemy się na jego podjęcie to decydujemy się również na to, że będziemy narażeni na zakażenie od chorego. Uspokoiłiśmy się nerwowo, że nie ma groźby zakażenia się gruźlicą - kiedy kończyłam medycynę, prawie 1/3 pacjentów oddziałów wewnętrznych to byli chorzy na gruźlicę, czy to postać aktywną, czy nieaktywną, prątkujący czy nie, ale byli chorzy. Teraz mamy na nowo renesans gruźlicy, choć znacznie łatwiej leczy się ją, ale tak samo można zakażać się nią i dziwnie o tym nie mówimy.

Ważne jest, aby lekarz, który czuje lub podejrzewa, że w czasie wykonywania swojego zawodu mógł zarazić się, otrzymał odpowiednią pomoc, wsparcie, również psychiczne. Jest też rzecz ważna, a często lekarze w naszym kraju - gdzie wprawdzie jest bardzo wysoki stopień zaufania społecznego do zawodu lekarskiego, natomiast bardzo niski stopień dbałości o zawód lekarski i pielęgniarski u władz naszego kraju - mają poczucie, że jeżeli stanie się im coś, to będą bezradni.

Następny problem - to sprawa wykonania badania na obecność przeciwciał anty-HIV u pacjenta, którego podejrzewa się lub wcale nie podejrzewa się o chorobę. Pew-

ne grupy lekarzy uważają, że trzeba przekonać się, czy na pewno nie ma zakażenia. Moim zdaniem popełnia się tu najwięcej błędów, które są niezgodne z prawami człowieka i zaprzeczają temu, co powinniśmy robić również od strony merytorycznej. Otóż jeżeli mamy podejrzenia lub wywiad wskazuje na to, że chory miał duże szanse zakażać się wirusem HIV, to pierwszą, najważniejszą rzeczą, jest przeprowadzenie rozmowy z nim, żeby wyjaśnić najpierw, czy istnieje taka możliwość i następnie, jeżeli decydujemy się na wykonanie badania, rozmowy, w której uświadamia się chorego, że wykonamy te badanie i dlaczego je robimy. Tak się nie robi w bardzo dużej części przypadków, nie wyjaśnia się, tylko pisze się zlecenie w karcie zleceń, aby wykonać badanie na obecność przeciwciał. Na to badanie winna być zgoda pacjenta, oczywiście pomijam sprawę pacjentów nieprzemyślanych. Kiedy tych badań nie należy robić, a robi się nagminnie, oczywiście nie wyjaśniając pacjentowi? Otóż bardzo wiele ośrodków wykonujących różne badania, na przykład typu bronchoskopii, gastrokopii, żądają od lekarza kierującego badaniem na przeciwciała anty-HIV u chorego. Nie ma żadnego uzasadnienia, aby tak robić. Jeżeli ośrodki te nie dbają o sprzęt, tzn. nie dezynfekują go w sposób należyty - co wystarczy do zniszczenia wirusa - jeżeli lekarz wykonujący badanie nie dba o to, żeby nie zarazić się jakąkolwiek infekcją, to w ogóle nie powinny wykonywać takich badań. Powszechnie robi się jednak te badania bez wiedzy pacjenta. Czasem, przypadkiem pacjent dowiaduje się o tym - bo na przykład pyta pielęgniarki na co pobiera mu krew i ona mówi prawdę - i jest w szoku, przypuszcza, że jest chory na AIDS, tylko nie chcieli mu tego powiedzieć. To jest poważne zagadnienie i moim zdaniem najłatwiejsze do rozwiązania, trzeba tylko chcieć tak podejść do tej sprawy.

Trzecia sprawa, bardzo ważna i bardzo trudna - to jest sprawa tajemnicy lekarskiej. Tajemnica lekarska obowiązuje nas oczywiście w każdym przypadku. Nie wolno nam - to jest również zawarte w przysiędze Hipokratesa - zdradzać na co jest chory nasz pacjent. Nie należy tego mówić nikomu innemu. Często oczywiście o chorobie pacjenta mówi się troszcząc się rodzinie, ale jeżeli pacjent nie wyraża na to zgody, to też nie wolno nam tego powiedzieć. W tym wypadku powstaje zagadnienie bardzo poważnej natury: jeśli mamy pacjenta, u którego test na obecność przeciwciał HIV jest dodatni, to czy wolno nam powiedzieć o tym najbliższej rodzinie, a w szczególności partnerowi, partnerce seksualnej? Moim zdaniem nie wolno nam o tym powiedzieć, zanim nie uzyskamy na to zgody chorego, albo zanim nie przekonamy zakażonego człowieka, z którym oczywiście musimy przeprowadzić bardzo trudną rozmowę, w której mówi się, że jest zakażony i przedstawia, co ta sprawa za sobą niesie. Należy przekonać tego pacjenta, aby najbliższej osobie, tej szczególnie narażonej w sposób bezpośredni na zarażenie, o tym powiedzieć. Jeżeli jednak nie wyraża zgody - według mnie, ale myślę, że mogą być inne odczucia i nie chcę mówić, że jedynie moja opinia jest słuszna - rodzinie powiedzieć tego nie wolno, a już w każdym razie nie należy tego rozgłaszać, co też zdarza się. Zdarzało się to szczególnie w pierwszym okresie

pojawienia się zakażeń HIV w Polsce, kiedy test dodatni był sensacją w laboratorium, stacji epidemiologicznej, stacji krwiodawstwa, w różnych miejscach, gdzie wykonywało się go i mówiło się o tym, czasem nawet padało nazwisko. Otóż tego robić nie wolno: to jest alfabetycznie wszystkich pracowników służby zdrowia, nie tylko lekarzy. Czy możemy powiedzieć, czy nie - myślę, że ten

znak zapytania będzie nad nami wisiał. Czy ważniejszy jest interes chorego, czy ważniejszy interes społeczny, grupowy?

prof. Zofia KURATOWSKA

## Badania przesiewowe u noworodków Fenyloketonuria • Wrodzona kwasica organiczna

### I. Fenyloketonuria

Choroba ta jest wrodzonym zaburzeniem przemiany fenyloalaniny - jednego z podstawowych aminokwasów wchodzących w skład białka.

Dziedziczona jest drogą przenoszenia nieprawidłowości przemiany fenyloalaniny w sposób recesywny przez oboje rodziców. W populacji polskiej występuje z częstością 1:8.000 urodzeń, z równą częstością u chłopców i dziewczyn.

Przyczyną fenyloketonurii jest brak lub niedobór enzymu hydroksylazy fenyloalaninowej odpowiedzialnego za przemianę fenyloalaniny do tyrozyny. Następstwem zaburzeń biochemicznych jest uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego przejawiające się głębokim upośledzeniem umysłowym. Inne objawy kliniczne to:

- małogłowie,
- wystająca szczeka górna,
- nadpobudliwość,
- lęk i niepokój,
- drgawki,
- opóźnienie rozwoju ruchowego i umysłowego,
- zmiany na skórze o typie egzemy,
- hypoplazja szkliwa,
- jasna karnacja, jasnobłąd włosy, niebieskie oczy,
- charakterystyczny mysi zapach potu i moczu.

W czasie życia płodowego brakujący enzym dostarczany jest dziecku przez matkę i dlatego noworodek rodzi się bez ubytków fizjologicznych, z prawidłowymi wartościami fenyloalaniny.

**Wczesna diagnostyka** fenyloketonurii to badanie przesiewowe obejmujące całą populację noworodków, umożliwiające wstępne rozpoznanie choroby w okresie klinicznie bezobjawowym. Mikrobiologiczny test Guthriego umożliwia ilościowe oznaczenie zawartości fenyloalaniny z kilku kropli krwi pobranej na odpowiednią bibułę filtracyjną. W przypadku uzyskania nieprawidłowego wyniku konieczne jest wykonanie badań potwierdzających rozpoznanie. Są to: ilościowe oznaczenie stężenia fenyloalaniny w surowicy krwi oraz badanie moczu na obecność produktów nieprawidłowej jej przemiany.

Prawidłowe stężenie fenyloalaniny u niemowlęcia wynosi 1 - 2 mg/100ml; u dziecka chorego na fenyloketonurię zawartość fenyloalaniny we krwi przekracza normę kilkanaście do kilkudziesięciu razy.

**Leczenie fenyloketonurii** polega na stosowaniu diety o maksymalnie ograniczonej podaży fenyloalaniny. Naturalne białka pożywienia zostają zastąpione preparatami zastępczymi o minimalnej zawartości fenyloalaniny. Istnieją różnego typu preparaty o skorygowanych walorach smakowych uzupełnianych w witaminy, składniki mineralne, pierwiastki śladowe, wzbogacone w tłuszcze i węglowodany. Do takich preparatów należą np. Lofenalanac, Nofelan, Nofemix.

Leczenie trwa wiele lat, a wiek, w jakim dietę można bezpiecznie zmienić, nie jest definitywnie określony. Ponieważ po zakończeniu leczenia u wielu osób obserwuje się pewien stopień degradacji psychicznej, należy liczyć się z koniecznością kontynuowania diety przez całe życie. Wyjściem pośrednim jest dieta o ograniczonej podaży białka, a tym samym fenyloalaniny, również po okresie dojrzewania.

**Najbardziej niebezpieczne produkty, których należy unikać:**

normalne pieczywo	mąki zwykłe
mięso i wędliny	kakao
drób	czekolada
ryby	orzechy
jajka	grzyby
	sery (wszystkie rodzaje)
jarzyny strączkowe: groch, fasola, bób, soja, nasiona (pestki dyni, słonecznika, itp.)	
mleko (z wyjątkiem przepisane przez lekarza dodatku dla niemowląt)	

**Dzieci chore na fenyloketonurię mogą stosunkowo bezpiecznie spożywać:**

cukier	miód prawdziwy
miód sztuczny	galaretki owocowe
oleje roślinne	oliwę
tłuszcz wieprzowy	margarynę
jabłka	poziomki
śliwki	morele
truskawki	czereśnie
pomidory	ogórki
rzodkiewkę	cebule
dynię	winogrona
melony	arbuzy

**Najczęstsze problemy spotykane przez rodziców w stosowaniu diety:**

- utrata apetytu,

- głód,
- odmowa spożywania preparatów leczniczych,
- wolne stolce,
- próchnica zębów.

**Do zadań pielęgniarki w oddziale noworodkowym należy:**

- pobranie krwi na badanie wstępne, czyli na tak zwany test przesiewowy w kierunku fenyloketonurii, w ilości kilku kropli, przez nakłucie pięty, na specjalną bibułę filtracyjną. (Krew nie może być pobrana wcześniej niż w 4 dobie życia, ponieważ gromadzenie się fenyloalaniny we krwi zaczyna się gdy noworodek karmiony jest białkiem, a więc mlekiem matki bądź mieszanką bez żadnych problemów przez minimum 72 godziny, ewentualnie otrzymało aminokwasy dożylnie);
- odnotowanie faktu pobrania krwi na test w Księżeczce Zdrowia Dziecka;
- dostarczenie bibulek filtracyjnych, odpowiednio opisanych, do laboratorium.

**II. Wrodzona kwasica organiczna - przyczyna deficytu biotynidazy**

Problem szybkiego rozpoznania wrodzonej choroby metabolicznej jest szczególnie ważny u noworodka. Ujawnia się ona często zaraz po urodzeniu i może doprowadzić w ciągu kilku dni do zgonu, przed ustaleniem rozpoznania, a nawet przed wysunięciem jej podejrzenia. Odpowiedź organizmu w przypadku wrodzonej kwasicy organicznej jest niespecyficzna. Obejmuje ona:

- niechęć do jedzenia,
- słaby przyrost masy ciała,
- śpiączkę,
- zmiany skórne,
- stany depresyjne,
- wymioty,
- ogólne wyczerpanie,
- senność.

Objawom klinicznym zwykle towarzyszy hipoglikemia, hypokalcemia i kwasica metaboliczna.

**Deficyt biotynidazy** charakteryzuje się nagromadzeniem kwasu propionowego (kwas organiczny). Zjawisku temu towarzyszyć może obecność innych kwasów organicznych związanych z deficytem karboksylaz: pirogronowej i metylokrotonowej.

Charakterystyczny dla zespołu jest zapach przypominający moczu kota, nawracające wysypki skórne i wyłysienie. Defekt występuje zapewne dość często i jest biotynozależny - podaż witaminy H w dawce 100-200 mg na dobę znosi objawy kliniczne i nieprawidłowy skład kwasów organicznych w moczu.

Witamina H - biotyna - jest koenzymem wielu enzymów katalizujących przenoszenie grupy karboksylowej (karboksylaz, dekarboksylaz).

Istnieje ścisła współzależność metaboliczna między biotyną, kwasem foliowym i witaminą B12.

W większości pokarmów biotyna występuje w postaci związanej z białkami. W największych ilościach występuje w takich pokarmach jak: żółtka jaj, kapusta, wątroba. Dokładne badania bilansowe wykazały większą ilość biotyny wydalanej z moczem od zawartej w pokarmach oraz od trzech do sześciu razy wyższą zawartość biotyny w kale od ilości spożytej z pokarmami.

Powyższe fakty jednoznacznie dowodzą biosyntezy tej witaminy przez florę bakteryjną jelit.

**Rozpoznanie deficytu biotynidazy** dokonuje się przy pomocy testów przesiewowych u noworodków. Krew w ilości kilku kropli pobiera się, podobnie jak przy teście w kierunku fenyloketonurii, przez nakłucie pięty, na specjalną bibułę filtracyjną.

**mgr Zofia LEDZIAN**

Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Noworodkowego  
II Pawilonu Ginekologiczno-Położniczego CZMP

**Kaniulacja żyły podobojczykowej**

**W** ciągu ostatnich 25 lat dokonał się ogromny postęp w zakresie metod kaniulacji żył i leczenia płynami. Stał się on możliwy dzięki rozwojowi na polu sztucznych tworzyw, nadających się do wprowadzania do organizmu ludzkiego, jak również dzięki skonstruowaniu bezpieczniejszych zestawów i aparatów do podawania dożylnego płynów infuzyjnych. Niektóre z nich służą do kaniulacji żyły podobojczykowej.

**I. Założenie wkłucia podobojczykowego**

Żyłę podobojczykową można osiągnąć z dostępu pod- i nadobojczykowego. W tym referacie chciałabym omówić dostęp podobojczykowy wg AUBANIACA. Przed przystąpieniem do kaniulacji żyły podobojczykowej należy przygotować sterylny zestaw, w skład którego powinny wchodzić:

1. zestaw do cewnikowania żył centralnych (rodzaj do uzgodnienia z lekarzem);
2. zestaw narzędzi zawierający: skalpel z trzonkiem, pean prosty, imadło, nożyczki;
3. zestaw do dezynfekcji skóry, tj. eter, jodyna, spirytus vini 96%;
4. gaziki;
5. serwety do obłożenia miejsca wkłucia;
6. strzykawka 20 ml do aspiracji wkłucia;
7. strzykawka 2 ml i igła cienka (np. 6, 7) do znieczulenia miejscowego;
8. igła gruba (np. 10, 12) do pobierania płynu;
9. 0,9% NaCl;
10. Xylokaina do znieczulenia;
11. nici i igła chirurgiczna do przysycia cewnika;
12. miska nerkowata;
13. plaster;



14. płyn infuzyjny z aparatem do przetaczania;
15. rękawice;
16. pojemnik lub worek na odpadki.

Pacjenta układa się na plecach z wyprostowanymi kończynami w pozycji Trendelenburga, aby przez podwyższenie ciśnienia żylnego zapobiec powstaniu zatoru powietrznego. Głowę należy odwrócić w stronę przeciwną, a bark jak najbardziej obniżyć. Przy ułożeniu kończyny górnej (po stronie wkłucia) wzdłuż ciała i obciążeniu barku, żyła podobojczykowa jest unieruchomiona i przesuwa się ku powierzchni brzusznej. Miejsce wkłucia znajduje się w odległości 1 - 2 szerokości palca poniżej środka obojczyka lub nieco przysrodkowo do tego punktu. Po dokładnej dezynfekcji skóry, starannie znieczula się tkankę podskórną i okostną obojczyka oraz pierwszego żebra. Kaniulę wprowadza się w przestrzeń między pierwszym żebrzem a obojczykiem przy stałym kontakcie z okostną w kierunku od boku i dołu ku górze i przysrodkowo do stawu mostkowo-obojczykowego. Taka „płaska” metoda wkłucia nie powoduje niemal niebezpieczeństwa nakłucia opłucnej. Przy stałej aspiracji żyłę podobojczykową osiąga się na głębokości 4 - 6 cm w miejscu jej przejścia w żyłę bezimienną. Masywna aspiracja krwi żyłnej jest oznaką poprawnego nakłucia. Po odłączeniu strzykawki cewnik wprowadza się na głębokość 15 - 20 cm, po czym podłącza się płyn infuzyjny lub zabezpiecza się cewnik heparyną bez rozcieńczenia (ok. 0,5 - 1 ml w zależności od rodzaju cewnika). Wkłucie należy trwale przymocować do skóry, najlepiej przyszywając je, a potem dokładnie zdezynfekować miejsce wokół wkłucia spirytusem vini 96% lub jodyną oraz założyć jałowy opatrunek. Do tego celu można też używać specjalnych plastrów do oklejania wkłuć.

## II. Kontrola położenia cewnika podobojczykowego

Bezpośrednio po założeniu cewnika niezbędne jest skontrolowanie jego położenia w żyłę:

1. W stanach nagłych kontroluje się go przez swobodny wlew grawitacyjny i łatwą aspirację krwi z cewnika lub swobodny wypływ krwi do aparatu do przetaczania przy opuszczeniu butelki poniżej poziomu serca.

2. Jeżeli cewnik nie jest wprowadzony pod kontrolą obrazu radiologicznego, konieczne jest wykonanie zdjęcia przeglądowego klatki piersiowej po uprzednim wprowadzeniu do cewnika środka kontrastującego.

## III. Pielęgnacja dostępu żylnego

Podstawowymi zasadami pielęgnacji dostępu żylnego są zachowanie pełnej jałowości i dobre unieruchomienie kaniuli w żyłę. Miejsce kaniulacji musi być zawsze zabezpieczone jałowym opatrunkiem. Miejsce nakłucia odkażamy spirytusem vini 96%, zaopatrzamy Neomycyną w aerozolu i zakładamy sterylny opatrunek lub specjalny plaster do oklejania wkłuć. Zmianę opatrunku wykonuje się dwa razy dziennie lub częściej, jeśli opatrunek ulegnie zamoczeniu lub zabrudzeniu. Przy zmianie obserwujemy miejsce wkłucia pod kątem wystąpienia ewentualnej infekcji miejscowej (zaczerwienienie, ropienie). Ważne jest także przestrzeganie właściwej jałowości używanego sprzętu (strzykawki, koreczki, przedłuże-

nia, trójniki, aparaty do przetoczeń, aparaty do pomiaru OCŻ). Należy zwrócić uwagę na zapewnienie stałego przepływu całodobowego przez kaniulę lub, gdyby to nie było możliwe, odpowiednie jej zabezpieczenie, tzn. po zakończeniu infuzji (po podaniu leków) kaniulę zabezpieczamy heparyną bez rozcieńczenia 0,5 - 1,0 ml (w zależności od rodzaju cewnika). Przed przystąpieniem do ponownej infuzji (podawania leku) heparynę należy aspirować (odciągamy około 1 - 2 ml). Co kilka godzin cewnik należałoby przepłukać, tzn. odciągnąć heparynę, podać 5 - 10 ml 0,9% NaCl i ponownie zabezpieczyć heparyną. Jeżeli cewnik jest zabezpieczony heparyną należy go oznakować: końcówkę owinać gazikiem, okleić plasterem z napisem „zabezpieczone heparyną 0,5 ml”. Ważnym elementem pielęgnacyjnym jest okresowa kontrola prawidłowości umocowania cewnika oraz głębokości, na jaką jest on wprowadzony (nie powinien się ani wsuwać ani wysuwać).

## IV. Powikłania kaniulacji żyły podobojczykowej

WCZESNE	PÓŹNE	TECHNICZNE
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. nakłucie tętnicy podobojczykowej</li> <li>2. odma opłucnowa</li> <li>3. krwiak opłucnej</li> <li>4. płyn przetoczony w opłucnej</li> <li>5. uszkodzenie pęczków nerwowych splotu barkowego</li> <li>6. uszkodzenie ściany naczyniowej przez metalową prowadnicę</li> <li>7. zator powietrzny</li> <li>8. zator cewnika</li> <li>9. przebicie naczynia</li> <li>10. przebicie serca</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. infekcyjne               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. miejscowe - zakażenie w miejscu kaniulacji</li> <li>2. ogólne - możliwość wprowadzenia infekcji ogólnej organizmu przez kaniulę</li> </ol> </li> <li>B. nieinfekcyjne               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zator powietrzny związany z błędami w obsłudze dostępu</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. zakrzepy w świetle kaniuli</li> <li>2. zagięcie lub załamanie kaniuli w odcinku „zewnątrznaczyniowym”</li> <li>3. wysunięcie kaniuli</li> </ol>

## V. Typy cewników

1. cewnik wprowadzany przez stalową igłę (po wprowadzeniu cewnika igłę usuwa się)
2. cewnik wprowadzany przez kaniulę plastikową (CAVAFIX CERTO, SPLITTOCAN)
3. cewnik z igłą wewnętrzną
4. cewnik wprowadzany sposobem Seldingera
5. cewniki wielokanałowe (dwa lub trójkanałowe) CAVAFIX, CERTOFIX DUO, CERTOFIX TRIO

## VI. Usunięcie wkłucia

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania dotyczące kaniulacji żyły podobojczykowej nasuwa się jeszcze jedno pytanie: jak długo można utrzymywać cewnik w

zyle? Nie istnieje dokładnie określona granica czasowa. Należy przyjąć, że tak długo, jak długo jest niezbędny i jak długo nie występują powikłania. Jeżeli zapadnie decyzja o usunięciu cewnika należy pamiętać o tym, aby:

- z końca cewnika pobrać wymaz i odesłać go do bakteriologii,
- mocno ucisnąć miejsce wkłucia i przytrzymać je około 5 - 10 minut,
- założyć na miejsce wkłucia jałowy opatrunek (najlepiej uciskowy).

Powyższy referat został opracowany na podstawie:  
 1. Ulrich Grundmann, Juergen Simon - „Wklucia dożyłne i przetaczanie płynów”  
 2. Jacek Milkowski - „Kaniulacja naczyń”

**piel. Beata DANILUK**  
 Oddział Intensywnej Opieki Medycznej  
 WSZ Biała Podlaska

## Opieka psychiczna

Obok funkcji wychowawczo-opiekuńczej czy instrumentalnej, które wykonuje pielęgniarka wobec pacjenta, istnieje również bardzo ważna funkcja - funkcja psychoterapeutyczna, określona przez H. Szymańską jako podstawowa, unikalna, a której nikt poza pielęgniarką nie może w pełni wykonać. „Treścią tej opieki powinny być działania zmierzające do tworzenia sytuacji zachęcającej pacjenta do wypowiedzenia swych myśli, uczuć, niepokoju i lęku, przewidywań dotyczących choroby i jej następstw oraz obecnej i przyszłej sytuacji własnej. Tworzenie atmosfery zaufania i wiary, nawiązanie więzi psychicznej z chorym wyrażającej się wymianą spojrzeń, gestów, obdarowywanie uśmiechem, ciepłym słowem, gotowością do pomocy.” (H. Szymańska 1977)

Wg amerykańskiego socjologa Parsona (1969) osoba wykonująca czynność instrumentalną stwarza jednostce problem emocjonalny, który kompensuje opieka psychiczna.

Punktem wyjścia w planowaniu opieki powinno być założenie, że każde nowe środowisko z reguły stanowi duże obciążenie psychiczne dla człowieka a tym większe dla chorego. H. Pera (1980) przedstawia to w sposób następujący: „Każdy wchodzi w szpitalne drzwi wraz ze swoimi uprzedzeniami, doświadczeniami, z całą życiową historią. Każdy pacjent ze swoją historią nie tylko choroby lecz po prostu życia. Z tej historii wynikają nie tylko oczekiwania i nadzieje, lecz także mniej lub bardziej określone lęki i troski... Kiedy wchodzi w szpitalne progi z obawą, lękiem przed nieznanym, obcym środowiskiem, przed badaniami, zabiegami, poddaniem się rygorowi szpitalnemu, towarzyszeniu ciężko chorym lub cierpiącym obok siebie.”

Szczególną a jednocześnie bardzo ważną rolą w kontakcie z pacjentem odgrywa rozmowa. Nie oznacza ona tylko mówienia, równie dobrze może to być słuchanie lub milczenie. W słuchaniu, mówieniu i milczeniu zawarte są głównie elementy, a zarazem funkcje oddziaływania psychoterapeutycznego. „Słuchanie pomaga chorym znaleźć ich własne wyjaśnienia, pomaga stworzyć problemy do logicznych wyjaśnień, jeśli uwolni się chorego od nieuzasadnionego strachu, niewerbalnych obaw...” (M. Grzywak-Kaczyńska 1973)

Najważniejszą rzeczą w pracy pielęgniarki jest kontakt z pacjentem. Podstawą dobrego kontaktu jest uświadomienie choremu, że rozumie się jego stan emocjonalny, czy jakiegokolwiek obawy związane z jego chorobą. Efekt ten uzyskamy dopiero po uważnym wysłuchaniu pacjenta i wypowiedzeniu do Niego chociaż kilku słów

świadczących o zrozumieniu trudności, które musiał przeżywać w związku z daną sytuacją. Ważne jest także wzbudzenie w chorym zaufania do pielęgniarki i jej kompetencji, poprzez autentyczność w zachowaniu i okazaniu zainteresowania oraz akceptacji osoby cierpiącej. Pielęgniarka nie może i nie powinna traktować pacjenta jako „przypadku” lecz jako człowieka, który w danym momencie jest w jakiś sposób bezbronny, oczekuje od nas zrozumienia i dobrego słowa. Większość pacjentów najbardziej ceni w kontakcie z personelem okazywaną im życzliwość, zainteresowanie i zrozumienie, które jest nieodzownym elementem w opiece pielęgniarskiej. Każdy kontakt z pacjentem powinien być wykorzystany przez pielęgniarkę celem lepszego poznania chorego. 50% pielęgniarek ankietowanych stwierdza, że nie zna pacjentów. Przyczynami według nich jest brak czasu oraz przekonanie, że nikt od nich tego nie oczekuje. Świadczy to o niezrozumieniu przez pielęgniarki, czym jest pielęgnowanie i zawężanie go do wykonywania tylko zleceń lekarskich.

Sądzę, że jest to naszym najważniejszym problemem. „Obrastamy” w tzw. znieczulicę zawodową. Nie róbmy tego! Postarajmy się poznawać pacjenta od wewnątrz, wykorzystujmy chociażby każdy ten czas na rozmowę, żarty, w którym pacjent przyjdzie do nas, czy nas wezwie. Rozmawiajmy z chorym w momencie wykonywania zabiegów przyłóżkowych, przy rozdawaniu leków, czy chociażby wykreślaniu temperatury, ponieważ tak jak powiedziała to polska pielęgniarka Zofia Szleknier: „dopiero wtedy pielęgniarka jest sobą, kiedy pozna rozległą wiedzę i doskonałą technikę, posiada - serce”. W szpitalu my jesteśmy gospodyniami i „matkami” i od nas zależy, jaką stworzymy atmosferę naszym podopiecznym. Nie izolujmy rodzin od chorych, ponieważ potrzebują ich bardziej niż kiedykolwiek. Postarajmy się, aby nasz zawód, nasza praca, uważana była za coś, co daje innym zadowolenie. Nie wykonujmy jej po to, aby oczekiwać ciągłych pochwał czy innych wyróżnień, lecz z chęcią pomocy innym, wspierania emocjonalnego i pamiętajmy także o cierpliwości i zrozumieniu.

Zakończę maksymą naszego zawodu: dobro chorego - prawem najwyższym.

**piel. dypl. Jolanta KOPRYANIUK**  
 Oddział Okulistyczny  
 WSZ Biała Podlaska

## Co jest twoim problemem?

### „Bezpiecznie jest spojrzeć w siebie”

#### Moje ciało niedomaga:

Boli, krwawi, pobolewa, puchnie, piecze, starzeje się, słabnie, wzrok i słuch zawodzą.

#### Moje związki z ludźmi nie układają się:

Oni mnie przytłaczają, są nieobecni, wymagający, nie troszczą się o mnie, zawsze mnie krytykują, nigdy nie dają spokoju, czepiają się mnie, nigdy mnie nie słuchają.

#### Moja sytuacja materialna jest niezadowolająca:

Nie mam pieniędzy, albo rzadko kiedy, nigdy nie mam ich w wystarczającej ilości, szybciej wydaję niż zarabiam, nie starcza mi na uregulowanie rachunków.

#### W życiu mi się nie wiedzie:

Nie robię tego, co chciałabym robić, nie wiem, co chcę robić. Nigdy nie mam czasu dla siebie. Moje potrzeby i życzenia zawsze są pomijane. Robię to tylko po to, by zadowolić innych. Nie mam talentu. Niczego nie robię właściwie. Ze wszystkim zwlekam. Nigdy nic mi się nie udaje.

Ilekoć zadajemy pytanie, co się dzieje w życiu danej osoby, pada jedna z powyższych odpowiedzi, lub kilka z nich naraz. Człowiek myśli przy tym, że zna swój problem. Jednak ich narzekania są tylko zewnętrzną powłoką myślowego wzorca, pod którym jest drugi, głębszy, bardziej fundamentalny, stanowiący podstawę tych zewnętrznych objawów. Sylwetka, mimika, a przede wszystkim słowa, jakie wypowiadamy, ujawniają nasze wewnętrzne myśli. Czasami słowa te nie pasują do doświadczeń opisywanych przez te osoby. Wtedy można domyśleć się, że albo nie zdają sobie sprawy z tego, co się wokół nich naprawdę dzieje, lub po prostu kłamią. Jedno lub drugie jest punktem wyjścia, wskazuje podstawę, od której należy zacząć.

#### Powiniemem

Za każdym razem używając słowa „powiniemem” właściwie mówimy, że coś jest nie w porządku. Nie potrzebujemy tego w naszym życiu - potrzebujemy więcej wolności wyboru. Słowo „powiniemem” można zastąpić słowem „mógłbym”. Daje nam ono możliwość wyboru, a każdy wybór jest dobry.

Często ludzie, przez całe lata wściekają się na siebie, wykonując czynności, na które nigdy nie mieli ochoty lub krytykują siebie za niewykonanie czegoś, co właściwie nigdy ich nie interesowało. Najczęściej jest to powinność narzucona przez innych. Ludzie, którzy całymi latami zmuszają się do robienia kariery, na którą, nawiasem mówiąc, wcale nie mieli ochoty, czynią to tylko dlatego, że rodzice chcieli w nich widzieć dentystę lub nauczyciela. Jakże często czujemy się kimś gorszym, ponieważ słyszymy, że powinniśmy być sprytniejsi,

bogatsi lub bardziej twórczy na wzór kogoś z bliskiego otoczenia. Od tej chwili zaczynają oni patrzeć na swoje życie w inny sposób. Spostrzegają, że na wiele spraw, które uważali dotąd za swoją powinność, nigdy nie mieli ochoty. Starali się tylko zadowolić innych. Niejednokrotnie dzieje się tak dlatego, że obawiają się lub czują, iż nie są dość dobrzy.

Uważam, że życie jest bardzo proste. To co z siebie dajemy, wraca do nas. Kiedy jesteśmy mali, uczymy się, co myśleć o sobie i życiu na podstawie reakcji dorosłych wokół nas. Jakikolwiek byłyby te przekonania, będą one przez nas odtwarzane jako własne doświadczenia, kiedy dorośniemy. Jednakże mamy tu do czynienia tylko z myślowymi wzorcami, a te możemy zmienić w każdym momencie.

Bez względu na rodzaj problemu danej osoby, podstawową sprawą, nad którą trzeba popracować, jest kochanie siebie. Miłość jest cudownym lekarstwem. Nie mówimy tu o próżności czy zarozumiałości, bądź wyniosłości, lecz o szacunku dla siebie i wdzięczności dla swojego ciała i umysłu. Jeśli w jakikolwiek sposób odrzucamy nasze dobro, jest to dowód niekochania siebie. Przejawem tego jest to, że:

- karcimy i krytykujemy siebie bez końca
- źle się odżywiamy
- nadużywamy alkoholu i różnego rodzaju narkotyków
- żyjemy w chaosie i bałaganie
- doprowadzamy do długów i obciążeń
- zwlekamy z załatwieniem spraw, które przyniosłyby nam korzyści

Brak poczucia własnej wartości to inny przykład niekochania siebie. Nasz wygląd zewnętrzny nie odpowiada wzorcowi, który prezentowany jest w modnych magazynach i w związku z tym, czujemy się gorsi. Nie potrafimy podjąć decyzji, ponieważ jesteśmy przekonani, że będą one niewłaściwe.

Doskonali byliśmy tylko jako niemowlęta. Małeńkie dzieci nie muszą nic robić, by stać się doskonałymi. Są takie poprostu i zachowują się tak, jakby o tym wiedziały. Bez zahamowania wyrażają swoje emocje. Wiemy, kiedy dziecko jest niezadowolone. Wiemy także, kiedy jest szczęśliwe, bo jego uśmiechy rozświetlają miejsca, w których przebywa. Odznaczają się niebywałą odwagą. Wszyscy byliśmy tacy sami. Potem zaczęliśmy słuchać dorosłych, którzy nauczyli nas się bać. Tak zaczęliśmy negocjować swoją wspaniałość.

Nadwaga to inny dobry przykład tracenia energii na rozwiązanie problemu, który nie jest tym prawdziwym problemem. Ludzie często przez wiele lat bezskutecznie walczą ze swoją nadwagą. Wszystkie kłopoty przypisują nadwadze. Ona jest tylko uzewnętrznieniem poważniejszych, głębszych problemów. Jest to tylko lęk oraz potrzeba opieki i oparcia. Kiedy czujemy się zagrożeni, niepewni, przybieranie na wadze jest naszą obroną. Spędzanie życia na wymyślaniu sobie z powodu nadwagi

i obwinianie się za każdy kęs spożywanego jedzenia, gdy usiłujemy schudnąć, jest po prostu stratą czasu. Za kilka-  
naście lat będziemy w tej samej sytuacji, ponieważ nie  
rozpoczęliśmy pracy nad prawdziwym problemem.  
Wszystko, co osiągnęliśmy, to doprowadzenie się do  
stanu jeszcze większego przerażenia i niepewności.  
Należy więc zrezygnować z koncentracji na nadmiernej  
tuszy lub dietach. Diety nie zdają egzaminu. Z wyjątkiem  
diety psychicznej polegającej na ograniczeniu negaty-  
wnych myśli.

Ludzie często mówią, że nie mogą siebie pokochać,  
ponieważ są grubi lub - „zbyt zaokrągleni”. Tu główny  
problem stanowi niechęć do samego siebie. Czasami  
patrząc w niewinne lustro popadają w zły humor i to  
jest właściwie ten prawdziwy problem. Należy więc  
usuwać przeszkody stojące na ich drodze, zacząć od  
niekrytykowania siebie bez względu na okoliczność.  
Nigdy.

Ludzie sądzą, że są zbyt wysocy, zbyt niscy, zbyt  
grubi, zbyt chudzi, zbyt brzydzy itp. (bardzo często

twierdzą tak ludzie naprawdę piękni i przystojni). Często  
też uważają, że jest na coś za późno lub za wcześnie, są  
zbyt leniwi itd. Ostatecznie mówią: „nie jestem dość  
dobry”.

Ludzie krytykują siebie, ponieważ przyswoili sobie  
przekonanie, że nie są „dość dobrzy”. Gdy już  
uświadomią sobie przyczynę własnej nieakceptacji, nie  
muszą się martwić takimi efektami ubocznymi, jak np.  
kłopotami z sylwetką, związkami emocjonalnymi, prob-  
lemami finansowymi bądź brakiem twórczej ekspresji.  
Całą energię muszą teraz skierować na usunięcie przy-  
czyny wszystkich tych rzeczy:

NIEKOCCHANIU SIEBIE.

*Opracowała na podstawie Louise L. Hay „Możesz  
uzdrowić swoje życie”*

*piel. Mirosława JAWOSZEK*

## Geneza i działalność Polskiego Czerwonego Krzyża (odc. II)

**W** 1918 roku powstała niepodległa Polska. Z inic-  
jatywy „Samarytanina Polskiego” zwołane  
zostało na dzień 18 stycznia 1919 r. w warsza-  
wskim ratuszu zebranie wszystkich istniejących na  
ziemiach polskich organizacji czerwokrzyżskich pod  
honorowym przewodnictwem Heleny Paderewskiej. Na  
zebraniu tym powołano Polskie Towarzystwo Czer-  
wonego Krzyża i postanowiono zwołać na dzień 27  
kwietnia 1919 r. walne zgromadzenie. Na walnym zgro-  
madzeniu przyjęto statut i wybrano władze Towarzystwa.  
Pierwszym prezesem wybrano księcia Pawła Sapiechę,  
ówczesnego prezesa Stowarzyszenia Dam i Panów Czer-  
wonego Krzyża dla Galicji. 15 kwietnia 1919 r. Minis-  
terstwo Spraw Wewnętrznych zatwierdziło statut, który  
po poprawkach został przez Międzynarodowy Komitet  
Czerwonego Krzyża w Genewie zatwierdzony 14 lipca  
1919 r., co było równoznaczne z przyjęciem Polskiego  
Towarzystwa Czerwonego Krzyża do rodziny członków  
MKCK.

Działalność PTCK rozwijała się w kilku zasadni-  
czych kierunkach:

- pomocy sanitarnej dla armii polskiej,
- pomocy repatriantom,
- walki z epidemiami wśród ludności cywilnej,
- opieki nad jeńcami.

Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża w  
porozumieniu i na żądanie władz wojskowych zorgani-  
zowało na przełomie lat 1919 - 1920 28 szpitali, 5 zakła-  
dów dla ozdrowieńców, 5 schronisk dla dzieci i ozdrow-  
ieńców, 6 pociągów sanitarnych, 3 czołwki konne, 2  
kolumny transportowo-wodne, 3 kompanie sanitarne, 5  
patroli chirurgicznych, 2 zakłady kąpielowe i pralnie, 34  
kolumny dezynfekcyjne, 32 punkty opatrunkowo-  
żywnościowe, 3 stacje zborne, 4 przychodnie dla cho-

rych, 7 gabinetów dentystycznych.

Rozdawano w szpitalach, jak i w innych ośrodkach,  
oprócz żywności, odzież i bieliznę, a także szyto, zmie-  
niano, prano i reperowano bieliznę. Rozdawano własnej  
produkcji opatrunki indywidualne żołnierzom, a gotowe  
apteczki przekazywano wojskowym. Szyto mundury,  
onuce i wykonywano obuwie, które przekazywano często  
bezpośrednio na front. W tym czasie PTCK roztaczało  
opiekę nad 5 obozami jeńców. Wyszkolono na kursach  
sanitarnych około 5.000 siostr (pielęgniarki Czerwonego  
Krzyża).

W latach 1919 - 1920 wśród wojska i ludności  
cywilnej szerzyły się epidemie różnych chorób, a  
szczególnie tyfusu plamistego. Wówczas specjalne  
drużyny sanitarno-epidemiologiczne PTCK likwidowały  
ogniska zapalne.

Polska po odzyskaniu niepodległości w 1918 r. była  
nękana niepokojem walki na wszystkich jej krańcach.  
Podczas walk o wyzwolenie Wielkopolski spod niemiec-  
kiej okupacji społeczeństwo Poznania organizowało  
służby ratownicze. Kobiety polskie organizowały pod  
znakiem Czerwonego Krzyża punkty informacyjne pier-  
wszej pomocy sanitarnej. Powstanie na Górnym Śląsku i  
na Opolszczyźnie było wspierane przez PTCK w niesie-  
niu pomocy sanitarnej i żywnościowej dla powstańców  
oraz w wymianie jeńców.

W 1921 r. powstał w Sosnowcu szpital na 200 łóżek.  
W tym też czasie Międzynarodowy Komitet Czerwonego  
Krzyża w Genewie utworzył swoją delegaturę w Opolu.  
Organizowała ona pomoc sanitarną stronom walczącym  
oraz ludności cywilnej. MKCK przejął również opiekę  
nad obozami jenieckimi.

6 września 1920 r. PTCK podpisało z Radzieckim  
Związkiem Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksię-

życa umowę o pokojowej współpracy w zakresie pomocy ofiarom wojny między Polską a ZSRR. W myśl tej umowy prace Radzieckiego Czerwonego Krzyża na terenie Polski powierzono obywatelce polskiej *Stefanii Sempołowskiej*, zaś prace PTCK na obszarze Związku Radzieckiego, obywatelce radzieckiej *Katarzynie Pieszkowej*, żonie pisarza Maksyma Gorkiego, która w ciągu swej 17-letniej pracy oddała nieocenione usługi dla akcji opieki nad Polakami.

1 września 1927 r. Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża zostało przemianowane na Polski Czerwony Krzyż (PCK), któremu nadano status stowarzyszenia wyższej użyteczności. W tym też czasie działalność została skierowana na tory w warunkach pokojowych. PCK do 1939 r. rozwijał działalność opiekuńczą, leczniczą i profilaktyczną, szkolił zawodowe i pomocnicze kadry pielęgniarskie oraz ludność w zakresie pierwszej pomocy przedlekarskiej i gromadził materiały opatrunkowe na wypadek wojny. PCK liczył około 800.000 członków, w tym 50% młodzieży. Podczas II wojny światowej niósł początkowo pomoc rannym żołnierzom i ludności cywilnej, a w czasie okupacji (po ograniczeniu działalności) jego działacze mimo represji pomagali więźniom, jeńcom, ludności przesiedlonej oraz żydowskiej w gettach. PCK prowadził Biuro Poszukiwań milionów jeńców, więźniów i deportowanych, a za granicą działał wśród walczących polskich żołnierzy.

Brutalność i okrucieństwo wojsk hitlerowskich wobec obrońców wiosek i miast, a także działaczy PCK, powodowało okropne i trudne warunki ratowania. Okupant niemiecki nie przestrzegał praw humanitarnych wynikających z Konwencji Genewskich. Bombardował wszystko i wszystkich zabijał.

Osobnym rozdziałem w działalności PCK był udział

w Powstaniu Warszawskim. Przez 63 dni trwania walki, podczas nieustannych bombardowań i ostrzeliwań, mimo nagminnie stosowanych przez oprawców hitlerowskich egzekucji i rozstrzeliwań personelu medyczno-sanitarnego, lekarzy i pielęgniarek, ratowanie rannych i chorych cywilnych i wojskowych było męstwem i bohaterstwem ratowników PCK.

Działalność PCK w okresie od 1 września 1939 r. aż po dzień zakończenia II wojny światowej prowadzona była przy rządzie polskim w Londynie jako Zarząd Główny, a drugi w okupowanym kraju w Warszawie. Z uwagi na szczególne warunki wojenne Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża wyjątkowo akceptował dwa Zarządy Główne PCK.

W okresie II wojny światowej PCK działał przez swoje delegatury na Węgrzech, w Rumunii, a nawet na terenie Francji, na Bliskim Wschodzie, w Afryce, Anglii i innych krajach neutralnych lub będących w stanie wojny z Niemcami i ich sojusznikami. Działalność ta dotyczyła pomocy rannym i chorym żołnierzom walczącym poza granicami kraju. Na szczególne wyrazy uznania zasługuje działalność PCK w ratowaniu dzieci wyprawionych przez gen. Władysława Andersa z ZSRR do Persji, obecnie Iranu.

PCK po II wojnie światowej dzięki pomocy społeczeństwa polskiego i stowarzyszeń zagranicznych niósł doraźną pomoc repatriantom, ludności przemieszczanej, byłym więźniom i jeńcom, sierotom i starcom. Prowadził m.in. Biuro Informacji i Poszukiwań, zakłady opiekuńcze i lecznicze, stacje przetaczania krwi i pogotowia ratunkowe. Wiele placówek leczniczych w 1951 r. przekazał państwu. PCK wyszkolił kilkadziesiąt tysięcy pielęgniarek dyplomowanych i pomocniczych.

ciąg dalszy nastąpi ...

## Soczewki kontaktowe - zdrowie i uroda

Wszyscy wiemy, że prawie wszystkie wady wzroku wymagają noszenia okularów, z tym, że nie wszyscy z wielką ochotą do tego podchodzą. Jedna grupa ludzi twierdzi, że okulary dodają elegancji i powagi, z kolei inna grupa uważa fakt noszenia okularów za „balast obciążający nos”, dlatego też taką samą rolę co okulary spełniają soczewki kontaktowe, które mogą korygować prawie wszystkie wady wzroku.

Istnieje wiele typów soczewek kontaktowych, różniących się od siebie materiałem, z którego zostały wyprodukowane i ich przeznaczeniem: *soczewki miękkie* - którymi można korygować każdą krótkowzroczność, nadwzroczność i niewielki astygmatyzm; *soczewki twarde*, za pomocą których korygujemy duży astygmatyzm (powyżej +/- 1,5 dioptrii) i wadę zwaną stożkiem rogówki.

Oprócz soczewek kontaktowych wyrównujących wady wzroku, produkowane są *kosmetyczne soczewki kontaktowe*, odtwarzające wygląd oka po jego uszkodze-

niu oraz zmieniające kolor oczu. Ci, którym nie podobają się ich własne, np. zielone oczy, za pomocą kosmetycznej soczewki kontaktowej mogą je zmienić, np. na niebieskie i odwrotnie.

Soczewki możemy podzielić na te, które nosimy w dzień (do 16 godzin) oraz soczewki miękkie wysoko uodnione do przedłużonego noszenia (3 - 6 dni).

Soczewki kontaktowe są estetyczne i wygodne, ale nie wszyscy mogą je nosić. Przeciwwskazaniami do noszenia soczewek kontaktowych są:

- częste infekcje spojówek i rogówki, co wiąże się z przyjmowaniem leków do oczu,
- zaburzenia przemiany materii,
- cukrzyca,
- praca w toksycznych oparach lub dużym zapyleniu,
- „suche oko”, czyli skąpe wydzielanie się łez.

O tym, czy chory może nosić soczewki kontaktowe decyduje wyłącznie lekarz okulista, po przeprowadzeniu szeregu badań okulistycznych. Poza tym lekarz przepro-

wadza wywiad, pyta o ogólny stan zdrowia, tryb życia, rodzaj wykonywanej pracy zawodowej oraz rozmawia z pacjentem na temat higieny. Osoba wychodząca z gabinetu okulisty powinna umieć zakładać i wyjmować soczewkę samodzielnie. Najlepiej czynność tą powtórzyć kilkakrotnie, aby później robić to sprawnie i fachowo. Powinna osoba ta wiedzieć, jaki rodzaj soczewki będzie nosić, jakiej firmy, jak długo można nie wyjmować soczewki z oka i co z nią robić jak się ją wyjmie.

Osoba, która nosi soczewki kontaktowe powinna zgłaszać się na badania kontrolne, bezpośrednio po założeniu po trzech tygodniach, po trzech miesiącach, później co pół roku. Jeżeli soczewki są dobrze dopasowane i odpowiednio pielęgnowane można je nosić od 2 do 3 lat.

#### **Zakładanie, przechowywanie i czyszczenie soczewek kontaktowych**

Do czasu nabycia wprawy, wszelkie ruchy należy wykonywać bardzo powoli. Do zakładania soczewki potrzebne jest lusterko, które ustawiamy na czystym, gładkim kawałku materiału, aby przy ewentualnym upuszczeniu soczewki łatwo ją było odnaleźć. Przed dotknięciem soczewki musimy dokładnie umyć ręce, paznokcie muszą być krótko obcięte, aby nie zadrapać soczewki i oka. Zakładanie i wyjmowanie soczewki powinno zaczynać się zawsze od prawego oka, aby nie doszło do pomyłki soczewki prawej z lewą. Soczewki należy zakładać w taki sposób, jaki zalecił okulista. Jeżeli po założeniu soczewki czujemy jakiś ból czy pieczenie, należy soczewkę wyjąć, przepłukać i założyć ponownie. Prawdłowo

założona soczewka nie powinna być odczuwana jako ciało obce.

Do pielęgnacji soczewek jest teraz wiele nowoczesnych środków, które wyparły tradycyjną metodę termiczną, polegającą na gotowaniu w wodzie pojemnika zawierającego soczewki zanurzone w roztworze soli fizjologicznej. Nowoczesne zestawy składają się z roztworów do codziennej pielęgnacji, czyli czyszczenia, płukania i dezynfekcji. Zestawy te produkowane są przez firmy: Barnes Hind, Allergean Optical. Istnieją również tabletki odbiałczające do czyszczenia enzymatycznego. „Kąpiele” soczewek należy przeprowadzać co tydzień lub co dwa tygodnie. Jeżeli zauważymy, że widzimy gorzej - „jak przez mgłę” (czasami występuje reakcja ze strony oka - pieczenie, łzawienie a nawet ból oka) - należy natychmiast przeprowadzić czyszczenie i dezynfekcję soczewek.

Niewątpliwie soczewki kontaktowe wymagają trochę pracy, lecz są bardzo wygodne i bezpieczne. Niemniej jednak trzeba zachować pewną ostrożność, tj.:

- przy myciu twarzy należy zamykać oczy,
- nie należy trzeć oczu,
- w czasie pływania nie zanurzać głowy,
- makijaż stosować dopiero po założeniu soczewek,
- przy używaniu lakierów do włosów, dezodorantów i perfum mieć zamknięte oczy.

**St. piel. Ewa KUKLIŃSKA**  
Oddział Okulistyczny  
WSzZ Biała Podlaska

### **Byłam, widziałam ...**

**Z**godnie z notatką zamieszczoną w poprzednim numerze biuletynu, chciałabym obszerniej zrelacjonować tegoroczną uroczystość „czepkowania” i paskowania słuchaczek Medycznego Studium Zawodowego w Białej Podlaskiej.

Jest to, jak same pamiętamy, nie tylko święto szkoły, ale także podniosły moment w życiu młodych adeptek naszego zawodu - wart upamiętnienia. Na uwagę zasługuje również fakt, że uroczystość ta odbyła się po raz pierwszy w nowych warunkach lokalowych, z czego cieszą się nauczyciele, uczniowie i my także.

Uroczystość zainaugurowała dyrektor szkoły mgr Stanisława Spisacka, serdecznie witając zaproszonych gości (m.in. zastę-



pcę wojewody, zastępcę komendanta PSP w Białej Podlaskiej, pielęgniarkę wojewódzką, panie oddziałowe niektórych oddziałów WSzZ w Białej Podlaskiej), grono pedagogiczne i młodzież. Następnie mgr Danuta Pawlik wygłosiła referat pod tytułem „Historia czepka”, tłumacząc uczennicom znaczenie fizyczne i symboliczne czepka. Po czym przystąpiono do ceremonii czepkowania.

Uroczystości przyświecała myśl C. K. Norwida „WSZYSTKO CO WIELKIE, JEST WIELKIE PRZEZ SERCE”.

W obecności poczty sztandarowego mgr K. Bujnik - wychowawczyni I roku, przypinała swoim uczennicom czepki, a one podchodząc kolejno ułożyły na tablicy serce z czerwonych róż.

W dobie powszechnej komputeryzacji, rzeczywistości zdominowanej przez ekonomię, szkoła pomaga zrozumieć swoim wychowankom, że serce to nie tylko



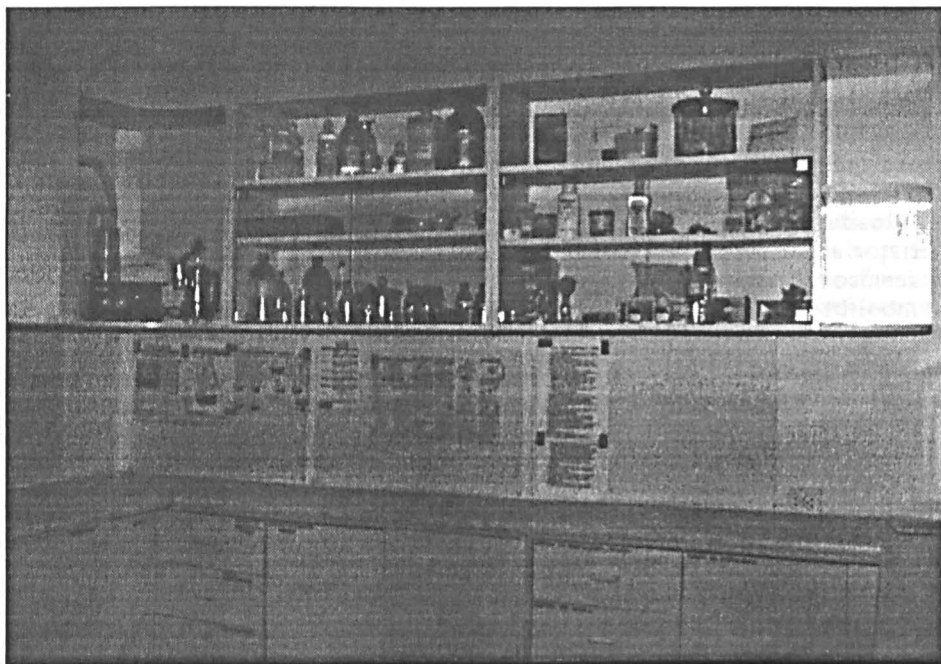
ważny narząd - niezbędny do życia - ale także „siedziba uczuć wyższych”. Wykonując ten zawód trzeba posiadać wiedzę, umiejętności, a nade wszystko mieć serce otwar-

te na potrzeby ludzi chorych, często samotnych.

Uczennice II roku miały zaszczyt z rąk wychowawczyni mgr D. Pawlik po raz pierwszy założyć czepek z czarnym paskiem, oznakę wyższego wtajemniczenia w arkanach sztuki pielęgniarskiej.

Przybyli goście, w krótkich wystąpieniach, złożyli życzenia pomyślności w pracy, zwracając uwagę na znaczenie tego zawodu w systemie współczesnej ochrony zdrowia. Przy okazji nasuwa się smutna refleksja, że obecnie obowiązujące normy zatrudnienia nie gwarantują etatów wszystkim absolwentkom.

Z rozmowy z panią dyrektorem mgr S. Spisacką dowiedziałam się, że szkoła istnieje od 1973 r. Przez przeszło 20 lat mieściła się w starym budynku przy ul. Akademickiej 1a. W 1994 r. obchodzono „spóźniony” jubileusz, połączony z przejściem do użytku nowego lokalu przy ul. Okopowej 3. Z tej okazji przytoczę kilka danych z historii szkoły. Pierwszą dyrektorką szkoły była mgr Zofia Hołubowicz. Po niej tę funkcję sprawowały: Kazimiera Charuk, krótko - Teresa Drzewiczuk, mgr Eliza Synajewska, mgr Alicja Kozawska. Obecnie, w wyniku konkursu, od 1992 r. funkcję tę pełni mgr Stanisława Spisacka. Od 1978 r. pracuje stała kadra 9 nauczycieli etatowych. Od chwili powstania szkoły obowiązki głównej księgowej i sekretarki sprawuje pani Wanda Tykałowicz - „żywa kronika szkoły”.



Rozwój nauk medycznych i tendencji organizacyjnych pociąga za sobą zmianę koncepcji pielęgniarstwa, dlatego też od roku szkolnego 1993/94 szkoła przyjęła nowy program nauczania, ukierunkowany na: promocję zdrowia, zapobieganie chorobom i pielęgnowanie w chorobach. Nauka na wydziale pielęgniarstwa trwa 2,5 roku. Nowy program obejmuje naukę pielęgniarstwa w stanach zagrożenia życia. Rozszerzono zakres zagadnień z psychologii, wydłużono czas zajęć praktycznych. Wprowadzono naukę języka angielskiego i informatykę, dając większe szanse na podjęcie pracy za granicą.



Wychodząc naprzeciw potrzebom w zakresie ratownictwa w miejscach bezpośredniego zagrożenia życia, utworzono w 1993 r. w tutejszym MSZ Wydział Ratownictwa Medycznego. W czerwcu br. 20 słuchaczy (tylko mężczyźni) przystąpi do egzaminu dyplomowego. Podczas dwuletniej nauki uczą się anatomii, farmakologii, psychologii, dydaktyki. W ramach ćwiczeń z ratownictwa medycznego poznają zasady postępowania w warunkach zagrożenia m.in. ekologicznego, chemicznego. Podczas praktyk poznają technikę niektórych zabiegów (iniekcje, cewnikowanie, intubacje). Absolwenci tej szkoły muszą odznaczać się dużą sprawnością fizyczną, dlatego też na zajęciach z wychowania fizycznego ćwiczą pływanie, judo, kulturystykę.



Uczą się także języka migowego.

Z chwilą uzyskania dyplomu mają szanse na zatrudnienie w jednostkach straży pożarnej, policji, pogotowiu ratunkowym, służbach interwencyjnych, ratownictwie wodnym, górskim, jak również w szpitalach w oddziałach intensywnej opieki medycznej i w izbie przyjęć.

Słuchacze wydziału ratownictwa i pielęgniarstwa odbywają naukę w nowoczesnych salach wykładowych. Szkoła dysponuje salą wyposażoną w sprzęt do nauki obsługi komputerów, a także salą ze sprzętem reanimacyjnym. W przerwie uroczystości zaproszeni goście mieli możliwość obejrzenia owego pomieszczenia.

Po przerwie młodzież zaprezentowała krótki pro-

gram satyryczny na temat środowiska medycznego. Dyrekcja szkoły, grono nauczycielskie i młodzież podjęła gości obiadem złożonym z dań własnej produkcji. W miłej atmosferze ożyły wspomnienia z czasów naszej nauki szkolnej.

Dziękując Dyrekcji szkoły za zaproszenie, życzymy wiele sukcesów.

*piel. dypl. Joanna GŁOWACKA*  
Anestezjologia  
WSzZ Biała Podlaska

## Nasze czepkowanie 1995

**M**edyczne Studium Zawodowe im. Zofii Bagińskiej w Parczewie istnieje już 20 lat. W tym roku po raz dziewiętnasty słuchacze I roku Wydziału Pielęgniarstwa otrzymali upragnione czepki, wypowiadając słowa motta: „Dzisiaj nakładam czepek pielęgniarstwa, który swą bielą okoli mi głowę i powie wszystkim, że pod moją opieką nic się nikomu złego stać nie może.”

Tegoroczne czepkowanie



Nasze występy artystyczne konferansjerem była Renatka



Największa laurka jaką w życiu otrzymała wychowawczyni mgr H. Słowak

miało miejsce 23 lutego br. w obecności grona pedagogicznego, rodziców, przyjaciół i zaproszonych gości. Uroczystość rozpoczęła się wprowadzeniem pocztu sztandarowego naszej szkoły i odśpiewaniem hymnu państwowego, po czym zabrała głos pani dyrektor mgr Z. Olszewska. W swoich słowach podkreśliła jak odpowiedzialnym, trudnym a zarazem pięknym jest zawód pielęgniarki, do czego zobowiazu-



A to nasz tort w kształcie czepka - był słodki

je nas czepkę dziś otrzymaną. W dalszej części swojej wypowiedzi podsumowała naszą pracę i

osiągnięcia w nauce za I semestr nauki. Następnie ciepłe słowa skierowała do nas nasza wychowawczyni pani mgr H. Słowak, po czym z jej rąk otrzymaliśmy tak bardzo oczekiwane białe czepki - symbole zawodu pielęgniarskiego na całym świecie.

Część oficjalna zakończyła się odśpiewaniem hymnu pielęgniarskiego.

Kolejnym punktem programu były nasze występy artystyczne.



Pani dyrektor mgr Z. Olszewska przyjmuje życzenia i kwiaty



Zyczenia i kwiaty dla naszej wychowawczyni zresztą wspaniałej opiekunki

Krótki montaż słowno-muzyczny w wykonaniu naszego zespołu „Perełki” dedykowany był wszystkim naszym drogim nauczycielom, a do naszej wychowawczyni skierowaliśmy szczególne słowa, będące wyrazem naszej sympatii i wdzięczności:

„Wierzę w Ciebie przyjacielu  
 Wierzę w Twój uśmiech  
 otwarte serce Twojego istnienia  
 Wierzę w Twoje spojrzenie  
 odbicie Twojej uczciwości  
 Wierzę w Twoje łzy  
 znak obecności w smutkach i radościach  
 Wierzę w Twoją dłoń

zawsze wyciągniętą by dawać i otrzymywać  
 Wierzę w Twój uścisk  
 szczerę przyjsię Twojego Serca  
 Wierzę w Twoje słowo  
 wyraz tego co kochasz i czego oczekujesz  
 Wierzę w Ciebie przyjacielu  
 Tak po prostu w wymowę ciszy”

Do tych życzeń dołączyliśmy kwiaty i laurkę naszych wdzięcznych serc.

A potem nastąpiła część rozrywkowo-folklorystyczna, w czasie której było wiele wesołej zabawy i śmiechu.

Dowodem tej podniosłej uroczystości oraz miłej atmosfery niech będą dołączone fotografie.



W piosence o miłości



Nasz poczet sztandarowy



Wiersz w wykonaniu Marzenki

Sekretarz  
 Sekcji Młodej Pielęgniarki  
**Anna LEWACKA**  
 Opiekun  
**mgr Kazimiera LIPKA**

## TO WARTO WIEDZIEĆ - CIEKAWOSTKI

### Wytyczne Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 marca 1977 r. w sprawie stosowania penicyliny i wykonywania skórnych prób uczuleniowych

**W** celu stosowania przez pracowników medycznych właściwych zasad leczenia penicylinami naturalnymi i półsyntetycznymi, po zasięgnięciu opinii właściwych specjalistów, podaje się co następuje:

#### § 1

1. Stosowanie penicyliny, podobnie jak każdego leku, należy ograniczyć do uzasadnionych przypadków.

2. W miarę możliwości należy zbadać wrażliwość na penicylinę bakterii stwierdzonych u danego chorego.

#### § 2

Podstawą do wykonywania wstrzyknięć penicyliny jest pisemne zlecenie lekarza.

#### § 3

1. Przed rozpoczęciem leczenia penicyliną (naturalną bądź półsyntetyczną) drogą wstrzyknięć, wlewów kroplowych, inhalacji lub doustnie - lekarz zobowiązany jest przeprowadzić dokładny wywiad o ewentualnym poprzednim leczeniu penicyliną i jego przebiegu oraz ustalić, czy pacjent nie choruje na choroby alergiczne (dychawica oskrzelowa, pokrzywka, katar sienny itp.).

2. U osób, u których w wywiadzie stwierdzono chorobę alergiczną lub które poprzednio przeżyły reakcję uczuleniową na jakąkolwiek substancję, należy przed podaniem penicyliny naturalnej lub półsyntetycznej drogą wstrzyknięć, wlewów kroplowych bądź inhalacji wykonać skórną próbę uczuleniową na penicylinę z testarpenem (antygen penicylopolilizowany - preparat PPL). Jeśli w wywiadzie stwierdzono astmę oskrzelową atopową lub obrzęk Quinckiego, należy zastosować dodatkowe środki ostrożności podane w ust. 5.

3. U osób wymienionych w ust. 2, przed stosowaniem penicyliny doustnie - lekarz może zrezygnować z polecenia wykonywania próby, musi jednak liczyć się z możliwością wystąpienia odczynu anafilaktycznego o łagodniejszym przebiegu.

Lekarz powinien poinformować chorego o możliwości wystąpienia objawów alergicznych w toku leczenia, konieczności przerwania doustnego przyjmowania leku i zgłoszenia się do lekarza.

4. U osób, o których mowa w ust. 2, leczonych ambulatoryjnie - zarówno próby, jak i wstrzyknięcia, a także inhalacje z penicyliny powinny być wykonywane w przychodni (ośrodka zdrowia) w obecności lekarza. W

razie konieczności leczenia penicyliną tych chorych w warunkach domowych, próbę powinien wykonać lekarz lub być obecny przy jej wykonywaniu. Powinien on być obecny także przy pierwszym wstrzyknięciu lub inhalacji z penicyliny.

5. Jeśli w wywiadzie stwierdzono astmę oskrzelową atopową (alergiczną w odróżnieniu od przewlekłego nieżytu oskrzeli) lub obrzęk Quinckiego wówczas zarówno próbę uczuleniową jak i leczenie penicyliną drogą wstrzyknięć powinno się przeprowadzić w warunkach szpitalnych.

W wyjątkowych przypadkach zabiegi te mogą być wykonywane w przychodni lub stacji pogotowia ratunkowego (dział pomocy doraźnej) w obecności lekarza z zastrzeżeniem, że chory po wstrzyknięciu penicyliny pozostanie w placówce przez 1 godzinę.

6. U chorych, u których w wywiadzie stwierdzono objawy nadwrażliwości na penicylinę, próby uczuleniowe i leczenie penicyliną można podejmować tylko w wyjątkowych przypadkach i wyłącznie w warunkach szpitalnych, z zachowaniem odpowiedniej ostrożności.

W razie ujemnego wyniku próby uczuleniowej z testarpenem, należy wykonać w wymienionych chorych próbę z penicyliną krystaliczną.

7. U innych chorych niż wymienieni w ust. 2, 5 i 6, wykonanie skórnych prób uczuleniowych nie jest konieczne.

Decyzję o zaniechaniu wykonania próby uczuleniowej lekarz zaznacza w „zleceniu na zabiegi”, w „karcie zleceń” lub w ich odpowiedniku adnotacją „bez próby”.

8. Przy wstrzykiwaniu penicyliny, podobnie jak i innych leków w postaci zawiesiny, należy zwrócić szczególną uwagę na poprawną technikę zabiegu a mianowicie:

- 1) używać igły o odpowiedniej długości,
- 2) uważać, by igła nie znalazła się w świetle naczyń,
- 3) nie zmieniać położenia igły,
- 4) nie masować miejsca wstrzyknięcia.

#### § 4

1. Próbę uczuleniową z testarpenem, o której mowa w § 3, należy wykonać w sposób następujący:

- 1) do fiolki z testarpenem wpuszcza się: 0,1 ml jałowej wody destylowanej na każdą 1 dozę testu (do fiolki z 5 dozami testu wpuszcza się 0,5 ml wody destylowanej, a

do fiołki z 10 dozami testu 1,0 ml wody destylowanej), tak rozpuszczony związek można przechować w temp. +4°C przez 1 tydzień (w „Lekach współczesnej terapii” z 1990 r. w temp. +4°C do 1 miesiąca);

2) próby należy wykonywać strzykawkami umożliwiającymi dozowanie po 1 ml (tuberkulinowymi lub o pojemności 1 - 2 ml) i przeznaczonymi wyłącznie do tego celu; również sterylizator służący do wyjaławiania tych strzykawek nie może być używany do innych celów;

3) wstrzyknięcie dokonuje się śródskórnym w okolicę zginaczy przedramienia, ramienia lub międzyłopatkowo podając 0,1 ml testarpeny zawierającego 10 jednostek międzynarodowych preparatu;

4) próbę kontrolną wykonuje się wstrzykując inną strzykawką śródskórnym 0,1 ml roztworu soli fizjologicznej (strzykawka ta nie może być używana do innych wstrzyknięć i powinna być oddzielnie wyjaławiana);

5) wyniki prób odczytuje się po 1/2 godziny (odczyn wczesny), a jeśli odczyn jest wątpliwy - ponownie po 60 minutach. Odczyn jest ujemny, gdy w miejscu wstrzyknięcia nie wystąpiła żadna zmiana lub, gdy występujący rumień bądź grudka obrzękowa nie są większe od towarzyszących próbie kontrolnej.

Za odczyn wątpliwy należy uznać wystąpienie rumienia lub grudki obrzękowej o średnicy większej niż 1 cm.

6) ujemny odczyn wczesny pozwala na zastosowanie penicyliny, natomiast w wypadku odczynu wątpliwego lub dodatniego - decyzję o dalszym postępowaniu podejmuje lekarz.

2. U chorych, u których w wywiadzie stwierdzono objawy nadwrażliwości na penicylinę (73 ust. 6), należy po próbie z testarpenem, gdy wynik jej wypadł ujemnie, wykonać próbę śródskórną z penicyliną krystaliczną, stosując dawkę 5 lub 10 jednostek w 0,1 ml. Dawkę ustala lekarz i wpisuje ją w „karcie zleceń”.

Lekarz odczytuje także wynik próby i decyduje o dalszym postępowaniu. Przy wykonywaniu i odczytywaniu próby z penicyliną krystaliczną należy stosować zasady określone dla prób z testarpenem, podane w ust. 1 pkt. 2 - 5.

### § 5

Przy zamierzonym leczeniu penicyliną prokainową chorego ze stwierdzoną w wywiadzie nadwrażliwością na penicylinę, należy równocześnie z próbą śródskórną z testarpenem wykonać próbę śródskórną z prokainą. W tym celu wstrzykuje się śródskórnym 0,1 ml 2% prokainy używając strzykawkę przeznaczoną wyłącznie do tego celu, wyjałowionej w osobnym sterylizatorze.

### § 6

Chory po wstrzyknięciu penicyliny pozostaje w przychodni (ośrodku zdrowia) co najmniej pół godziny, aby w razie wystąpienia objawów ubocznych można było udzielić pomocy lekarskiej. Jest to konieczne po pierwszym wstrzyknięciu i zalecane przy dalszych.

### § 7

1. Osoba wstrzykująca penicylinę w domu chorego

powinna pozostać przy chorym po pierwszym wstrzyknięciu co najmniej pół godziny.

Przed podaniem penicyliny w dniach następnych należy zebrać dokładny wywiad o tym, jak chory zniósł poprzednie wstrzyknięcia i w razie potrzeby powiadomić lekarza.

2. We wszystkich wątpliwych przypadkach podejmowanie bądź kontynuowanie leczenia penicyliną w warunkach domowych, może odbywać się tylko w obecności lekarza.

### § 8

W razie wystąpienia objawów wstrząsu anafilaktycznego, należy udzielić pomocy lekarskiej zgodnie z zasadami postępowania w przypadku takiego wstrząsu.

### § 9

Znajomość i stosowanie powyższych zasad obowiązuje pracowników medycznych uprawnionych do wykonywania wstrzyknięć penicyliny (lekarz, lekarz dentysta, felczer, pielęgniarka, położna), którzy powinni być szczególnie świadomi, że:

1) penicyliny, pomimo potencjalnych możliwości wywołania wstrząsu są jednymi z najbezpieczniejszych antybiotyków i są nie do zastąpienia przy leczeniu licznych zakażeń;

2) postępowanie zgodne z tymi wytycznymi stwarza optymalne warunki bezpieczeństwa chorym leczonym penicyliną;

3) nawet skrupulatne przestrzeganie podanych zasad nie zawsze jest w stanie zapobiec ubocznemu działaniu penicyliny, ponieważ próby śródskórne mogą być fałszywie dodatnie i fałszywie ujemne; ujemna próba śródskórną nie wyklucza możliwości wystąpienia po zastosowaniu penicyliny reakcji uczuleniowej bądź zespołu Hoigne;

4) częściej niż wstrząs anafilaktyczny zdarza się niealergiczny odczyn popenicylinowy tzw. zespół Hoigne, charakteryzujący się objawami ze strony centralnego układu nerwowego w postaci zaburzeń świadomości, pobudzenia itp.;

5) u osób silnie uczulonych wykonywanie próby nawet z niewielką ilością penicyliny może wywołać odczyn nie tylko miejscowy, ale i ogólny o różnym nasileniu do wstrząsu anafilaktycznego włącznie.

### § 10

Wytyczne Departamentu Profilaktyki i Lecznictwa z dnia 2 lutego 1967 r. w sprawie stosowania penicyliny (Dz. Urz. MZiOS z 1967 r. Nr 4, poz. 17) oraz pismo okólne Departamentu Profilaktyki i Lecznictwa z dnia 31 stycznia 1972 r. w sprawie stosowania penicyliny (Dz. Urz. MZiOS z 1972 r., poz. 17, poz. 79 i Nr 21, poz. 98) stały się nieaktualne.

**J. KAMIŃSKI**  
Dyrektor Generalny

## Uwagi do próby penicyliny

**D**okładne wytyczne dotyczące wykonania próby uczuleniowej na penicylinę zawarto w Dz. Urz. MZiOS Nr 6 poz. 19 z 31 marca 1977 r. Decyzję o wykonaniu lub zaniechaniu próby penicylinowej podejmuje lekarz zaznaczając w zleceniu na zabiegi „karcie zleceń” lub ich odpowiedniku adnotację „próba” lub „bez próby”.

### Warianty próby:

1. Przy zamierzonym leczeniu penicyliną krystaliczną wykonuje się:

a) próbę z Testarpenem (jest to syntetyczny antygen penicylinowy),

b) próbę kontrolną z 0,9% roztworem NaCl.

2. Przy planowanym leczeniu penicyliną prokainową (w jej skład wchodzi penicylina krystaliczna i prokaina) wykonuje się:

a) próbę z Testarpenem,

b) próbę z 2% roztworem prokainy,

c) próbę kontrolną z 0,9% roztworem NaCl.

3. Jeśli przeprowadzony wywiad nasuwa podejrzenie uczulenia na penicylinę, a próba z Testarpenem (wariant 1 lub 2) wypadła ujemnie, wykonuje się próbę z penicyliną krystaliczną.

Wstrzyknięcia Testarpenem, 0,9% roztworu NaCl, prokainy, penicyliny krystalicznej muszą być wykonywane osobnymi strzykawkami, osobnymi igłami, nie używanymi do innych celów, wyjąławianymi w oddzielnych sterylizatorach i używanych jedynie do wyjąławiania tych igieł i strzykawek - metoda ma zastosowanie tylko w razie braku sprzętu jednorazowego użycia.

**Próba z Testarpenem.** Testarpen jest dostępny w postaci liofilizowanej. Przygotowując roztwór do wstrzyknięcia zawartość fiołki należy rozpuścić za pomocą wody do wstrzyknięć.

Fiołka może zawierać 5 lub 10 testów (dawka 1 testu - 10 jednostek). Jeden test wymaga rozpuszczenia w 0,1 ml Aqua pro injectione (dlatego 5 testów rozpuszczamy w 0,5 ml wody). Próbę wykonuje się wstrzykując śródskórnym 0,1 ml przygotowanego Testarpenem zawierającego 10 jednostek.

Otrzymany roztwór można przechowywać w lodówce w temp. 4°C do 1 miesiąca (w tych warunkach nie traci on swoich właściwości diagnostycznych). Próba z 2% roztworem prokainy oraz 0,9% NaCl polega na śródskórnym wstrzyknięciu po 0,1 ml danego roztworu.

**Próba z penicyliny krystalicznej.** Polega na śródskórnym wstrzyknięciu, w zależności od zalecenia lekarzkiego - 5 lub 10 j.m. penicyliny krystalicznej zawartych w 0,1 ml rozpuszczalnika (jest nim 0,9% roztwór NaCl).

Ze względu na to, że nie ma gotowych testów penicyliny krystalicznej poniżej przeanalizujemy przygotowanie leku do próby:

Przykład: Wykonać próbę uczuleniową z 10 j.m. penicyliny krystalicznej. Przygotowując lek do wykonania próby należy sprawdzić, jakim opakowaniem leku dysponujemy (fiołka może zawierać od 100.000 do 900.000 j.m.).

Tabela - przygotowanie penicyliny krystalicznej do wykonania próby uczuleniowej

Etap	Czynności	Ilość leku w strzykawce (ml)	Dawka (j.m.)
I	Do fiołki zawierającej 100.000 j.m. penicyliny krystalicznej wprowadzamy 1 ml rozpuszczalnika (0,9% roztwór NaCl)	1 ml w fiołce	100.000
II	Do strzykawki pobieramy 0,1 ml przygotowanego roztworu	0,1	10.000
III	Dobieramy 0,9 ml rozpuszczalnika	1,0	10.000
IV	Wstrzykujemy ze strzykawki 0,9 ml roztworu z pozostawieniem 0,1 ml	0,1	1.000
V	Pobieramy 0,9 ml rozpuszczalnika	1,0	1.000
VI	Wstrzykujemy ze strzykawki 0,9 ml roztworu z pozostawieniem 0,1 ml	0,1	100
VII	Dobieramy 0,9 ml rozpuszczalnika	1,0	100

skrót j.m. - jednostki międzynarodowe

a) fiołka zawiera 100.000 j.m. penicyliny krystalicznej. Poszczególne etapy postępowania przedstawiono w tabeli.

Działania przedstawione w tabeli pozwoliły uzyskać roztwór zawierający w 1 ml 100 j.m. penicyliny krystalicznej.

Wstrzykując chorem śródskórnym 0,1 ml tego roztworu podamy mu 10 j.m. penicyliny.

b) fiołka zawiera 900.000 j.m. penicyliny krystalicznej. Można to zrobić następująco:

1 - do fiołki z 900.000 j.m.

należy wprowadzić 3 ml rozpuszczalnika (0,9% roztworu NaCl) 3 zawierają 900.000 j.m.

wobec tego - 1 ml zawiera 300.000 j.m.

2 - do strzykawki należy

pobrać 0,1 ml przygotowanego roztworu 0,1 zawiera 30.000 j.m.

3 - należy dobrać 0,2 ml

rozpuszczalnika 0,3 ml zawierają 90.000 j.m.

4 - ze strzykawki należy

wstrzyknąć 0,2 ml roztworu pozostawiając 0,1 ml 0,1 ml zawiera 10.000 j.m.

Dalej należy postępować tak, jak w tabeli (zawartość strzykawki w punkcie 4 odpowiada II etapowi w tabeli).

Wynik próby uczuleniowej odczytać po 60 min. Jeżeli średnica grudki jest mniejsza od 1 cm to wynik jest ujemny, ponad 1 cm - wynik dodatni.

## Program szczepień ochronnych na 1995 rok

Ustalony przez Głównego Inspektora Sanitarnego na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. 1976 r. Nr 1 poz. 8) wraz z późniejszymi zmianami (Dz.U. 1977 r. Nr 20 poz. 83, Dz.U. 1980 r. Nr 5 poz. 12, Dz.U. 1989 r. Nr 28 poz. 151, Dz.U. 1991 r. Nr 14 poz. 66)

### I. Zmiany w Programie Szczepień Ochronnych wprowadzone w 1995 r.:

#### 1. Szczepienia przeciw wzv typu B:

a) rozszerzenie szczepień noworodków na dalsze 14 województw;

b) ograniczenie liczby wizyt niemowląt w poradni D przez:

- podanie w tym samym dniu trzeciej dawki szczepionki przeciw wzv typu B i pierwszych dawek szczepionek DTP i Polio;

- u dzieci w 12 m-cu życia - sprawdzenie wielkości blizny po szczepieniu przeciw gruźlicy i podanie czwartej dawki szczepionki przeciw wzv typu B (i ewentualnie szczepionki BCG);

c) w grupach o wysokim ryzyku zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B podanie dawki przypominającej osobom zaszczepionym w 1990 r.

2. Wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciw śwince i różyczce dla dzieci w 13 - 15 m-cu życia, przy zastosowaniu żywej szczepionki skojarzonej, zawierającej atenuowane szczepy wirusów odrzy, różyczki i świnki (szczep Jeryl Lynn) zamiast nonowalentnej szczepionki przeciw odrze.

Do chwili uruchomienia środków finansowych na szczepionkę skojarzoną MMR-II, do szczepienia podstawowego przeciw odrze dzieci w 13 - 15 m-cu życia, należy stosować nadal żywą szczepionkę przeciw odrze.

#### 3. Szczepienie przypominające przeciw odrze:

a) zwienie grup szczepionych do dzieci w 7 roku życia;

b) uzupełnienie szczepień przypominających u dzieci, które w 1994 r. mając 6 - 8 lat (7 - 9 r. ż.) nie zostały nimi objęte.

### II. Uwagi

1. Szczepienia obowiązkowe wymienione w I części PSO są bezpłatne. Szczepienia zalecane przez Głównego Inspektora Sanitarnego (II część PSO) powinny być

wykonywane przy użyciu szczepionek zarejestrowanych w Polsce, dostępnych odpłatnie w aptekach. Sam zabieg i wpis do dokumentacji (ew. wydanie świadectwa szczepienia) wykonane na zlecenie lekarza publicznego zakładu opieki zdrowotnej - są bezpłatne. Odpłatność szczepień osób wyjeżdżających za granicę jest regulowana odrębnymi przepisami (Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w/s cen urzędowych za przeprowadzenie szczepień ochronnych osób wyjeżdżających za granicę M.P. 1991 r. Nr 27, poz. 192).

2. Próby tuberkulinowe przed szczepieniami BCG u dzieci zdrowych nie pozostających w styczności z chorymi na gruźlicę, należy wykonywać począwszy od 12 roku życia (w kalendarzu szczepień - I próba tuberkulinowa).

3. Skracanie odstępów między dawkami szczepionek bardziej pogarsza skuteczność szczepienia niż ich wydłużanie.

Po niżej wymienionych rodzajach szczepionek można rozpocząć kolejne szczepienie po upływie co najmniej:

po podaniu szczepionki	można podać żywą		
	żywą	zabita	
żywej	6 tyg.	4 tyg.	szczep. żywe - wirusowe: Polio, MMR, p-w odrze, różyczce, żółtej gorączce - bakteryjne: BCG
zabitej	4 tyg.	2 tyg.	szczep. zabite - wirusowe: p-w wzv B, wściekliznie, grypie, kleszcz. zap. mózgu - bakteryjne: DTP, DiTe, Td, Di, D, Te, Tyte, Ty i p-w chole-rze

## I. SZCZEPIENIA OBOWIĄZKOWE (A, B)

### A. KALENDARZ SZCZEPIEŃ WEDŁUG WIEKU

WIEK		SZCZEPIENIE PRZECIW	UWAGI
1 ROK ŻYCIA	3 - 15 dzień życia	GRUŹLICY - szczepionką BCG - śródskórnie	Szczepienie pierwotne BCG (z wyjątkiem dzieci podlegających szczepieniom p-w wirusowemu zapaleniu wątroby typu B)
	I. w ciągu 12 godz. po urodzeniu	GRUŹLICY - szczepionką BCG - śródskórnie oraz WZW typu B - domięśniowo	Dotyczy dzieci urodzonych w województwach o wysokim ryzyku zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B**)**, a na pozostałych terenach - tylko dzieci urodzonych przez matki zakażone wirusem zapalenia wątroby typu B.

WIEK		SZCZEPNIENIE PRZECIW	UWAGI
1 ROK ŻYCIA	II. - po 4 tyg. od pierwszej dawki tj. w 5 tyg. życia III. po 4 tyg. od drugiej dawki tj. w 9 tyg. życia	WZW typu B - domięśniowo  WZW typu B - domięśniowo oraz szczepionką DTP i Polio	Szczepienie pierwotne BCG winno być wykonane jednocześnie lub nie później niż w 24 godz. od szczepienia p-w WZW typu B. U noworodków z przeciwwskazaniami - szczepionkę BCG należy podać jednocześnie z drugą dawką szczepionki przeciw WZW typu B tj. po upływie 4 tyg. od podania pierwszej dawki tej szczepionki. Trzy kolejne dawki szczepienia podstawowego p-w WZW typu B podawane w odstępach czterotygodniowych. Trzecią dawkę szczepionki należy podać jednocześnie z pierwszą dawką szczepionki Polio i DTP.
	I. - 3 miesiąc życia  II. - 4/5 miesiąc życia (po 6 tyg. od pierwszego szczepienia) III. - 6/7 miesiąc życia (po 6 tyg. od drugiego szczepienia)	BŁONICY, TĘŻCOWI, KRZTUŚCOWI - szczepionką DTP - podskórnie oraz przeciw  POLIOMETYLIS - doustnie szczepionką żywą poliwalentną (1, 2 i 3 typ wirusa)	Trzy kolejne dawki szczepienia podstawowego DTP i Polio podawane w odstępach sześciotygodniowych. U dzieci z przeciwwskazaniami do szczepienia p-w krztuścowi należy zastosować szczepionkę DiTe - wg zaleceń producenta. Wówczas w 3 mies. życia trzeba podać doustną Polio (oraz domięśniowo szczepionkę p-w WZW typu B - dzieciom podlegającym temu szczepieniu), a po 6 tyg. jednocześnie zaszczyć pierwszą dawkę DiTe (podskórnie) i drugą dawkę szczepionki Polio (doustnie). Po następnych 6 tyg. podać: drugą dawkę szczepionki DiTe (podskórnie) i jednocześnie - trzecią dawkę szczepionki Polio (doustnie).
	12 miesiąc życia	GRUŻLICY - szczepionką BCG - śródskórnie i jednocześnie przeciw  WZW typu B - domięśniowo	Szczepienie tylko u dzieci, które w wyniku pierwotnego szczepienia BCG nie mają blizny bądź jest blizna o średnicy mniejszej niż 3 mm. U dzieci z kontaktu z chorym na gruźlicę należy wykonać próbę tuberkulinową i szczepić dzieci tuberkulinoujemne w dniu odczytania próby. Czwarta dawka, uzupełniająca szczepienie podstawowe.
2 ROK ŻYCIA	13 - 15 miesiąc życia	ODRZE, ŚWINCE, RÓŻYCZCE - szczepionką skojarzoną, żywą MMR II - podskórnie	Szczepienie podstawowe. Podawane w wywiadzie przebycia zachorowania na odrę, świnkę lub różyczkę - nie jest przeciwwskazaniem do szczepienia; szczepionkę należy podać po upływie dwóch miesięcy od wyzdrowienia.
	19 - 24 miesiąc życia	BŁONICY, TĘŻCOWI, KRZTUŚCOWI - szczepionką DTP - podskórnie oraz POLIOMETYLIS - doustnie szczepionką żywą poliwalentną (1, 2 i 3 typ wirusa)	Czwarta dawka, uzupełniająca szczepienie podstawowe DiTePer/DTP i Polio. Dzieci, które w pierwszym roku życia otrzymały dwie dawki DiTe, należy zaszczyć podskórnie trzecią dawką DiTe i doustnie czwartą dawką Polio.
6 ROK ŻYCIA	(w ciągu roku poprzedzającego rozpoczęcie nauki w kl. zerowej)	BŁONICY, TĘŻCOWI - szczepionką DiTe - podskórnie oraz POLIOMETYLIS - doustnie szczepionką żywą poliwalentną (1, 2 i 3 typ wirusa)	I dawka przypominająca
(dzieci rozpoczynające naukę w klasach)	7 rok życia (klasa zerowa)	GRUŻLICY szczepionką BCG - śródskórnie	Szczepienia bez próby tuberkulinowej. U dzieci z kontaktu z chorym na gruźlicę należy wykonać próbę tuberkulinową i szczepić dzieci tuberkulinoujemne w dniu odczytania próby.
	7 rok życia (kl. zerowa) co najmniej po 6 tyg. od szczepienia p-w gruźlicy	ODRZE - szczepionką żywą - podskórnie	Dawka przypominająca. Podawane w wywiadzie przebycia zachorowania na odrę nie jest przeciwwskazaniem; szczepionkę należy podać po upływie 2 m-cy od wyzdrowienia
	11 rok życia (klasa czwarta)	POLIOMETYLIS - doustnie szczepionką żywą poliwalentną (1, 2 i 3 typ wirusa)	II dawka przypominająca



WIEK		SZCZEPIENIE PRZECIW	UWAGI
(dzieci rozpoczynające naukę w klasach)	12 rok życia (klasa piąta)	GRUŻLICY - szczepionką BCG - śródskórnice	Tylko dzieci z ujemnym wynikiem próby tuberkulinowej Mantoux. Szczepienie należy wykonać w dniu odczytania próby.
	13 rok życia (klasa szósta)	RÓŻYCZCE - podskórnice	Tylko dziewczęta.
	14 rok życia (klasa siódma)	BŁONICY, TĘŻCOWI - szczepionką DiTe - podskórnice	II dawka przypominająca.
	18 rok życia (III klasa szkoły ponadpodstawowej)	GRUŻLICY - szczepionką BCG - śródskórnice	Tylko dzieci z ujemnym wynikiem próby tuberkulinowej Mantoux. Szczepienie należy wykonać w dniu odczytania próby.
	19 rok życia (ostatnia klasa szkoły ponadpodstawowej)	BŁONICY, TĘŻCOWI - szczepionką Td - podskórnice	III dawka przypominająca; nie powinna być podana wcześniej niż po upływie 3 lat od ostatniej dawki DiTe.
DOROŚLI		BŁONICY, TĘŻCOWI - szczepionką Td - podskórnice	Kolejne dawki przypominające w odstępach co dziesięć lat.

**Szczepienia przeciw wzw typu B w województwach:**

\*) od 1994 r.: białkopodlaskie, białostockie, chełmskie, krakowskie, lubelskie, łódzkie, ostrołęckie, piotrkowskie, płockie, siedleckie, sieradzkie, skierniewickie, warszawskie.

\*\*) od 1995 r.: bielskie, bydgoskie, ciechanowskie, kaliskie, konińskie, koszalińskie, legnickie, pilskie, poznańskie, szczecińskie, toruńskie, wałbrzyskie, wrocławskie, zielonogórskie.

**B. SZCZEPIENIA W GRUPACH RYZYKA**

SZCZEPIENIE PRZECIW	OSOBY PODLEGAJĄCE SZCZEPIENIU	UWAGI
GRUŻLICY - szczepionką BCG - śródskórnice	- osoby tuberkulinoujemne w wieku 0 - 29 lat (ukończonych), które poddano próbom tuberkulinowym dla celów diagnostycznych lub ze wskazań epidemiologicznych (kontakt z chorym na gruźlicę); - kandydaci na studia wyższe, policealne studia zawodów wszelkiego typu lub zgłaszający się do pracy w zakładach przeciwgruźliczych, ale zbadani próbami tuberkulinowymi w ciągu ostatnich 12 miesięcy;	Szczepienie należy wykonać w dniu odczytania próby tuberkulinowej Mantoux
WZW typu B - domięśniowo	- pracownicy służby zdrowia oraz uczniowie średnich szkół medycznych i studenci akademii medycznych w ciągu pierwszego roku szkolnego/akademickiego; - z bliskiego otoczenia nosicieli HBV (domownicy oraz osoby przebywające w zakładach opiekuńczych, wychowawczych i zakładach zamkniętych); - przygotowujący do zabiegu operacyjnego; - przewlekle choroby o wysokim ryzyku zakażenia (dializy, częste infekcje lub zabiegi naruszające ciągłość tkanek);	Szczepienie podstawowe wg schematu: 0, 1, 6 miesięcy. Pojedyncze dawki przypominające: w odstępach co pięć lat. W 1995 r. dawkę przypominającą należy podać osobom zaszczepionym w 1990 r.
DUROWI BRZUSZNEMU - szczepionką Ty lub TyTe - podskórnice	Decyzję podejmuje Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny zależnie od lokalnej sytuacji epidemiologicznej.	Szczepienie podstawowe wg schematu: 0, 1, 12 miesięcy. Pojedyncze dawki przypominające: w odstępach co trzy - pięć lat.
BŁONICY, TĘŻCOWI - szczepionkami Td, DiTe, d, Di, Te - podskórnice	- osoby ze styczności z chorymi na błonicę, pracownicy służby zdrowia, personel zatrudniony w ośrodkach dla uchodźców, osoby wyjeżdżające służbowo do państw b. ZSRR, wytypowani funkcjonariusze policji, osoby zatrudnione na przejściach granicznych oraz przy obslu-	W szczepieniach przypominających należy podać: <i>ciąg dalszy na następnej stronie</i>

SZCZEPIENIE PRZECIW	OSOBY PODLEGAJĄCE SZCZEPIENIU	UWAGI
	dzie pasażerów w komunikacji lotniczej, kolejowej i autobusowej na trasach międzynarodowych w kierunku wschodnim; - osoby w wieku 20 - 28 lat z województw przygranicznych;	- osobom w wieku do 30 lat - jedną dawkę Td, - osobom w wieku 30 lat i starszym - jedną dawkę Td, a po miesiącu - jedną dawkę d, - dzieciom - jedną dawkę DiTe lub D1, zależnie od wskazań.
<b>TĘŻCOWI</b> - szczepionką zabitą - podskórnie	Ze wskazań indywidualnych: osoby, które uległy zranieniu. Szczepione wg zasad podanych w Komunikacie MZiOS (Dz.Ur. MZiOS, 1977 r., Nr 2, poz. 9);	Liczba dawek zależna od daty i cyklu poprzedniego szczepienia; w uodpornieniu czynno-biernym podaje się także antytoksynę tężcową.
<b>WŚCIEKLIŻNIE</b> - szczepionką zabitą - domięśniowo	Ze wskazań indywidualnych: osoby podejrzane o zakażenie wirusem wścieklizny (pokąsane przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę, dzikie lub nieznane). Szczepienie wg zasad ustalonych przez Krajowy Zespół Specjalistyczny w zakresie Epidemiologii, Higieny i Chorób Zakaźnych (PZWL, Warszawa 1986).	Cykl szczepień wg zaleceń producenta. W przypadku ciężkich pokąsań należy zastosować swoistą immunoglobinę, jednocześnie z pierwszą dawką szczepionki.

## II. SZCZEPIENIA ZALECANE

SZCZEPIENIE PRZECIW	ZALECANE OSOBOM	SZCZEPIONKI ZAREJESTROWANE W POLSCE
<b>WZW typu 5</b> - dawkowanie i cykl szczepień wg wskazań producenta szczepionki	- noworodkom oraz małym dzieciom, nie podlegającym szczepieniom obowiązkowym; - młodzieży; - kobietom w wieku 20 - 40 lat;	rekombinowane: 1. Kngeriz-B (SmithKline Beechan) 2. HB-Vax-II (Herck Sharp Doae) 3. GKH-HEVAC (Pasteur Herieuz) plazmatyczne: 1. HEPTAVAC B (Herock Sharp Dobne) 2. HeVAC B (Pasteur Herieuz)
<b>GRYPIE</b> - dawkowanie i cykl szczepień wg wskazań producenta szczepionki	ze wskazań klinicznych: - przewlekłe chorym (astma, cukrzyca, niewydolność układu krążenia, oddychania, nerek); - w stanach obniżonej odporności; - w podeszłym wieku; ze wskazań epidemiologicznych: - pracownikom służby zdrowia, szkolnictwa, handlu, transportu, budownictwa oraz osobom narażonym na kontakty z dużą liczbą ludzi, bądź pracującym na otwartej przestrzeni;	- Vaxigrip (Pasteur Herieuz) - Fluarix (SmithKline Beechan) Ważne tylko jeden rok ze względu na coroczne zmiany składu szczepionki, według zaleceń Światowej Organ. Zdrowia
<b>KLESZCZOWEMU ZAPALENIU MÓZGU</b> - dawkowanie i cykl szczepień wg wskazań produc.	- przebywającym na terenach o nasilonym występowaniu tej choroby: osobom zatrudnionym przy eksploatacji lasu, stacjonującemu wojsku, rolnikom, młodzieży odbywającej praktyki oraz turystom i uczestnikom obozów i kolonii;	- FSME-IMMUN Inject (Immuno) - FSME-Vaccine (Behring)
<b>ŻÓLTEJ GORĄCZCE I INNYM CHOROZOM</b>	- wyjeżdżającym za granicę, według wymogów kraju docelowego oraz Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych. Szczegółowych informacji udzielają wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne.	Wszystkie szczepionki stos. w p-ktach szczepień dla wyjeżdżających za granicę są rejestr. w Polsce

## By zostać pielęgniarką w Ameryce...

Ukończenie szkoły pielęgniarskiej oraz praca w tym zawodzie w Polsce może być dużym atutem dla tych, którzy chcą wykonywać ten zawód również w Ameryce. Ma on bowiem trzy ważne zalety:

- jest atrakcyjny finansowo,
- daje większą niż inne zawody szansę zalegalizowania pobytu w Stanach Zjednoczonych,
- w miarę łatwo można otrzymać zatrudnienie.

Jednakże, aby wykonywać zawód, pielęgniarka musi uzyskać licencję, a droga do nostryfikacji dyplomu i otrzymania licencji prowadzi przez parę trudnych egzaminów.

### Od czego należy zacząć?

Warto zacząć od zdania egzaminu prowadzonego przez specjalistyczną agencję o nazwie The Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS). Egzamin ten jest przeznaczony dla osób, które praktykowały jako pielęgniarki poza granicami Ameryki. Ale zanim pielęgniarka zostanie dopuszczona do egzaminu, musi przedłożyć dokumenty ukończenia szkół w swoim kraju, a także wykazać się odpowiednią praktyką.

Do egzaminu CGFNS warto przystąpić z czterech powodów:

1. Zdanie go oraz posiadanie oferty pracy z amerykańskiej firmy ochrony zdrowia znacznie zwiększa szansę uzyskania preferencyjnej wizy amerykańskiej H1-A.

2. Uzyskanie CGFNS Certification pozwala na staranie się o stały pobyt (tzn. o Immigrant Occupational Preference Visa). By go otrzymać, trzeba posiadać pozwolenie na pracę z US Department of Labor, a tam na pewno zapytają o CGFNS Certification lub licencję stanową.

3. Większość stanów w Ameryce wymaga zdania egzaminu CGFNS przed dopuszczeniem kandydata do stanowego egzaminu licencyjnego (tzw. NCLEX-RN).

4. Egzamin CGFNS jest trudniejszy niż NCLEX-RN i zdanie go zwiększa szansę zdania tego drugiego.

Kto może przystąpić do egzaminu CGFNS?

Wszystkie osoby, które potrafią udowodnić, że są zawodowymi pielęgniarkami, zwanymi professional nurse lub registered nurse. By być dopuszczonym do egzaminu trzeba:

- Mieć ukończoną szkołę średnią i zdaną maturę. W wypadku braku tej ostatniej, trzeba zdać jej amerykański odpowiednik zwany GED (General Education Diploma). Po więcej informacji na ten temat należy pisać do:

**American Council of Education**  
 One Dupont Circle N.W., Suite 250  
 Washington, D.C. 20036

Polskie liceum pielęgniarskie liczy się jako szkoła średnia, lecz nie jest traktowane jako odpowiednik amerykańskiej szkoły pielęgniarskiej.

- Mieć ukończony formalny kurs pielęgniarstwa trwający co najmniej 2 lata (np. polskie Pomaturalne

Studium Pielęgniarskie).

- Udowodnić, że się przeszło szkolenie teoretyczne i praktyczne w następujących działach pielęgniarstwa: medycznym, chirurgicznym, położniczym, dziecięcym, psychiatrycznym. Jeśli kandydatowi brak jest przeszkolenia w którejkolwiek z wymienionych dziedzin, musi ukończyć odpowiedni kurs. Osoby, które nie mają pełnych kwalifikacji zawodowych, nie zostaną dopuszczone do egzaminu, choć mogą pracować jako tzw. seconds level nurses (zwane również practical nurses lub pomoce pielęgniarek), oczywiście po zdaniu stanowego egzaminu licencyjnego.

W grupie osób nie mogących przystąpić do CGFNS są również lekarze i inni pracownicy medyczni bez formalnego przeszkolenia pielęgniarskiego.

### Potrzebne dokumenty

Przystępując do egzaminu CGFNS należy przedłożyć następujące dokumenty:

1. Wypełnione podanie i skompletowane wymagane załączniki. Do tego fotokopie dyplomu szkoły średniej, dokumenty stwierdzające rejestrację jako pielęgniarka. Wszystkie dokumenty muszą być przetłumaczone dosłownie (słowo w słowo) na język angielski i podpisane przez tłumacza przysięgłego w obecności notariusza lub odpowiedniego pracownika ambasady amerykańskiej.

2. Wypełniony druk Nursing Education Form (otrzymuje się go z podaniem). Pierwszą część wypełnia kandydat, drugą szkoła pielęgniarska, którą ukończył. Wypełniony druk musi być przesłany przez szkołę bezpośrednio do:

**The Commission on Graduates  
 of Foreign Nursing Schools**  
 3600 Market Street, Suite 400  
 Philadelphia, PA 19104-2651  
 tel. 1-215-349-8767

Tam też trzeba wysłać wypełnione podanie i czek na \$145, bowiem tyle wynosi obecnie opłata za egzamin. Po przejrzaniu dokumentów CGFNS podejmuje decyzję o dopuszczeniu kandydata do egzaminu.

### Egzamin CGFNS

Sam egzamin trwa jeden dzień i składa się z dwóch części. Należy zdać obie by otrzymać certyfikat CGFNS. Warto solidnie przygotować się do egzaminu, bowiem nie jest on łatwy i obejmuje cały materiał przerabiany w amerykańskiej szkole pielęgniarskiej. CGFNS opracowało i rozprowadza podręczniki, pomagające w przygotowaniu się do egzaminu. Są to:

- Official CGFNS Study Guide (\$30) - zawierający przykłady testów z odpowiedziami, objaśnienia i powtórzenia,

- CGFNS Qualifying Exam: Practice English Test, Numer 1 - zawiera kasetę i książkę wprowadzającą do części językowej egzaminu.

Książki te, jak również podanie (Nursing Education Form), informator o egzaminie - Path to CGFNS Certifi-

cation - można otrzymać pisząc do CGFNS na podany wyżej adres.

Egzamin można zdawać w wielu miastach na całym świecie (niestety nie w Polsce), m.in. we Frankfurcie, w Paryżu, jak i w 8 miastach Stanów Zjednoczonych: Aganie, Atlancie, Chicago, Honolulu, Houston, Los Angeles, Miami i Nowym Jorku dwa razy w roku. Dokumenty należy wysłać na trzy do czterech miesięcy przed terminem egzaminu, by uniknąć dodatkowej opłaty.

### **Egzamin licencyjny**

Certyfikat CGFNS nie jest równoznaczny z otrzymaniem licencji wykonywania zawodu. By ją otrzymać, należy zdać stanowy egzamin licencyjny, zwany *National Council Licensure Examination for Registered Nurses (NCLEX-RN)*. Pod numerem telefonu 1-800-669-3926 można się dowiedzieć, do kogo należy się zwrócić po informacje o egzaminie licencyjnym w danym stanie.

Omówimy sposób zdawania egzaminu licencyjnego na przykładzie Nowego Jorku, pamiętając, że wymagania innych stanów mogą się nieco różnić.

W stanie Nowy Jork egzamin licencyjny odbywa się 2 razy w roku: w lutym i w lipcu, w następujących miastach: Buffalo, Rochester, Syracuse, Albany, Nowy Jork. Mogą do niego przystąpić osoby, które są absolwentami profesjonalnych programów pielęgniarstwa zarejestrowanych przez New York State Department, absolwenci profesjonalnych kursów pielęgniarstwa akceptowanych przez odpowiednie urzędy licencyjne innych stanów Ameryki, absolwenci programów pielęgniarstwa (co najmniej dwuletnich) spoza Stanów Zjednoczonych i akceptowanych przez State Education Department. Obcokrajowcy dodatkowo muszą mieć Certyfikat CGFNS (choć jak nas zapewniła jedna z czytelniczek, nie jest to warunek konieczny).

Zanim kandydat zostanie dopuszczony do egzaminu musi przedłożyć następujące dokumenty:

1. Wypełnione podanie.
2. Fotokopię dyplomu szkoły średniej wraz ze spisem przedmiotów i stopni (przetłumaczone na język angielski, tak jak w przypadku egzaminu CGFNS).
3. Druk Certification of Nursing Education - częściowo wypełniony przez kandydata, częściowo przez szkołę pielęgniarstwa (szkoła przesyła druk bezpośrednio do State Education Department).
4. Zaświadczenie CGFNS o zdanym egzaminie.
5. Opłatę za egzamin (obecnie \$165).

Dodatkowo należy wypełnić formularz „Registered Nurses LGR Scheduling Form 99” i wraz z opłatą \$82 wysłać pod adresem:

*LGR Examinations, Attn. NY Nurse  
PO Box 200, State College  
PA 16804-0200  
tel. 1-800-6NY-EXAM  
lub 1-814-238-3066*

Dokumenty powinny być przesłane parę miesięcy przed terminem egzaminu.

Uwaga! Od kwietnia 1994 r. zmieniły się zasady zdawania egzaminów licencyjnych w całych Stanach

Zjednoczonych. Wszyscy kandydaci zdają egzaminy przy użyciu komputera. Egzamin licencyjny został skrócony z 2 dni do pół dnia.

*American Journal of Nursing Company, Nursing Board Review, 555 West 57th St., New York, NY 10019* prowadzi kursy przygotowujące do egzaminu licencyjnego w wielu miastach Ameryki (m.in. w Nowym Jorku, Chicago, Atlancie, Los Angeles, Pittsburgu i innych). Więcej informacji można otrzymać dzwoniąc pod numery: 1-800-223-2282 lub 1-212-582-8820.

### **Licencja tymczasowa**

O przyznaniu licencji tymczasowej decyduje stanowy Education Department lub inna rządowa instytucja odpowiedzialna za udzielanie pielęgniarstwa licencji. W Nowym Jorku jest to *New York Education Department, tel. 1-800-342-3729* lub 1-518-474-3817.

Nieco inna jest procedura zdawania egzaminu licencyjnego w stanie New Jersey. Pierwszym krokiem do otrzymania licencji w tym stanie jest zdanie CGFNS. Zaświadczenie o zdanym egzaminie, licencję z rodzinnego kraju i ważną wizę kandydat powinien okazać w *State Board of Nursing, tel. 1-201-504-6430*, skąd otrzyma podanie, a później kartę wstępu na egzamin.

### **Specjalności pielęgniarckie**

Po otrzymaniu licencji stanowej i odbyciu odpowiednich praktyk, można starać się o certyfikat w jednej z 23 pielęgniarckich specjalizacji. W tym celu należy zdać egzamin prowadzony przez:

*American Nurses Credentialing Center  
600 Maryland Ave., S.W., Suite 100 West  
Washington, D.C. 20024-2571  
tel. 1-800-274-4262 (w godzinach biurowych)  
lub 1-800-284-2378 (wieczorem)*

Większość specjalizacji wymaga jednak posiadania przynajmniej pierwszego stopnia uniwersyteckiego (bachelor) i przed przystąpieniem do egzaminów warto pomyśleć o otrzymaniu go na jednym z amerykańskich uniwersytetów. (Pomaturalne Studium Pielęgniarckie traktowane jest jako tzw. Junior College i część przedmiotów jest zaliczana przez tutejsze uniwersytety, co znacznie skraca czas studiowania, nawet do 2 lat).

### **Pomoc pielęgniarckiej**

Osoby nie kwalifikujące się do ubiegania się o licencję RN mogą zdawać egzamin NCLEX-PN, by móc potem pracować jako pomoce pielęgniarckie (practical nurses). Egzamin ten administrowany jest przez Boards of Nursing w każdym stanie Ameryki i tam należy się zwracać po szczegółowe informacje i podania, choć wstępne informacje można otrzymać z:

*National Council of State Boards of Nursing, Inc.  
625 North Michigan Av., Suite 1544  
Chicago, IL 60611  
tel. 1-800-787-6555*

W Nowym Jorku należy zwrócić się do *State Education Department, Division of Professional Licensing Services, Cultural Education Center, Albany, NY 12230*. Na kopercie trzeba zaznaczyć, że chodzi o infor-

mację o practical nurse.

Następujące wymagania muszą być spełnione, by zostać dopuszczonym do egzaminu:

- ukończona szkoła średnia,
- ukończony formalny program pielęgniarstwa, który trwał co najmniej 9 miesięcy.

Składa się dokumenty podobnie jak do egzaminu licencyjnego na RN. Egzamin odbywa się 2 razy do roku w kwietniu i październiku, a opłata wynosi obecnie \$165. Pod koniec grudnia National Council of State Boards for Nursing (NCSBN) ma zdecydować o zmianie charakteru egzaminu licencyjnego z dotychczasowego na komputerowy (tzw. Computer Adaptive Test - CAT).

Dyplomowane pielęgniarki zarabiają przeciętnie 25 - 30 tysięcy rocznie, co powinno być wystarczającą zachętą dla absolwentek szkół średnich do wybrania tego typu kariery. Jeden rok nauki pielęgniarstwa na amerykańskiej uczelni wystarczy, by ubiegać się o licencję o practical nurse, 2 lata nauki dają możliwość ubiegania się o tytuł Registered Professional Nurse, 4 lata nauki plus stopień bachelor pozwala na ubieganie się o certyfikat w jednej z 23 specjalizacji pielęgniarstwa. Do poziomu wiedzy

dopasowany jest zakres obowiązków i stopień odpowiedzialności, a co się z tym wiąże, zarobki i inne zawodowe przywileje.

#### Home Attendant

Oprócz różnego typu pielęgniarek, w Ameryce istnieją jeszcze domowe pomoce pielęgniarstwa (tzw. Certified Home Health Aide lub Home Attendant). Może nią zostać każdy po ukończeniu 7-dniowego przeszkolenia prowadzonego przez dyplomowane pielęgniarki. Tak przeszkolona osoba może pracować w domach starców, opiekować się starszymi osobami w ich domach. Szkolenie prowadzi specjalne agencje, które też często zapewniają swoim podopiecznym pracę.

Mimo że droga do licencji pielęgniarstwa nie jest łatwa, chyba warto się potrudzić, by móc pracować w ciekawym i dobrze płatnym zawodzie.

Piotr Wach

Biuletyn OIPiP w Tarnowie Nr 2(19) 1995 r., str. 5 - 6

## Palić, nie palić

*Gdy mówię pacjentom, że powinni przestać palić, zwykle odpowiadają: bardzo chcę, ale nie mam silnej woli; to moja jedyna przyjemność; mój dziadek palił i mu nie szkodziło - dożył osiemdziesiątki; palę tylko „stabe” (albo „dobre”) papierosy.*

Nie ma papierosów, które nie szkodzą. A palenie szkodzi wszystkim (nie chcę wnikać, w jakiej kondycji fizycznej i psychicznej „dożył osiemdziesiątki” ów palący), nie tylko osobom palącym, ale również przebywającym w ich otoczeniu. Niepalący, przebywający 8 godzin wśród palących, „wypalają” w sposób bierny kilka lub kilkanaście papierosów.

Normalnie, u osób zdrowych niepalących, w drogach oddechowych wydziela się pewna ilość śluzu, z którym w czasie kaszlu usuwane są zanieczyszczenia z oskrzeli. Śluz przesuwany jest przez rzęski poruszające się nieustannie około 800 razy na minutę. W oskrzelach u palących jest o wiele więcej zanieczyszczeń niż u niepalących. A wraz z dymem tytoniowym wdychamy (także „bierni palacze”) różne substancje, które podrażniają błonę śluzową dróg oddechowych i zwiększają wydzielanie się śluzu. Rzęski topią się w nim i przestają spełniać swoją funkcję. Śluz zalega więc w drogach oddechowych. W zalegającym śluzie łatwo dochodzi do roz-

woju bakterii, które są przyczyną zakażenia górnych dróg oddechowych i zapalenia oskrzeli. Często są to infekcje przewlekłe, trudne do leczenia. Każde zakażenie pozostawia zmiany w układzie oddechowym. Po pewnym czasie dojść może do trwałego uszkodzenia dróg oddechowych i płuc - do przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc. Duszność, kaszel, ograniczenie aktywności fizycznej - to objawy, które chorych przykuwają do łóżka lub fotela.

Inną chorobą układu oddechowego związaną z paleniem papierosów jest rak płuc.

Palenie wpływa niekorzystnie również na układ krążenia, powoduje wzrost ciśnienia krwi, przyspieszenie akcji serca, skurcz naczyń krwionośnych, zwiększa lepkość krwi, co przyczynia się do powstawania zakrzepów, przyspiesza rozwój miażdżycy, choroby wieńcowej i grozi zawałem serca. Również rak pęcherza moczowego występuje 10 razy częściej u osób palących.

- Każdy papieros skracca życie o 5,5 minuty, paczka dziennie to życie krótsze o 5 lat, 40 sztuk - o 8 lat.
- Polacy wypalają przeszło 100 miliardów papierosów rocznie. Mężczyźni wypalają średnio 19 papierosów dziennie, kobiety - 15.
- Kto wypala 20 papierosów dziennie, naraża swe serce na taki wysiłek, jakby pedałował na rowerze przez 8 godzin pod wiatr.
- Dzieci palaczy częściej zapadają na choroby infekcyjne układu oddechowego, częściej występują u nich ataki astmy.
- Palenie szkodzi nie tylko palaczom, ale również tym, którzy przebywają w ich otoczeniu, w zadymionych miejscach.

**PODZIĘKOWANIA, GRATULACJE**

*Położnej Oddziałowej*

*Oddziału Noworodków ZOZ Parczew*

*Pani Marii JĘDRYCH*

*- odchodzącej na emeryturę*

*serdeczne podziękowania za długoletnią pracę*

*wraz z życzeniami*

*wszelkiej pomyślności w życiu osobistym*

*s k ł a d a*

*Samorząd Pielęgniarek i Położnych*

*w Parczewie*

# OIPiP INFORMUJE

\* \* \*

W dniu 26.04.1995 r. odbyło się inauguracyjne posiedzenie powołanego przez Pana Wojewodę Zespołu Konsultacyjnego d/s Służby Zdrowia. W skład Zespołu weszli przedstawiciele Rad Nadzorczych, zakładów opieki zdrowotnej, samorządów zawodowych: lekarskiego, pielęgniarek i położnych, aptekarskiego oraz organizacji związkowych - OPZZ, NSZZ Solidarność, NSZZ Solidarność RI, WZKiOR.

Posiedzenie otworzył i prowadził Lekarz Wojewódzki - dr Paweł Jakubek. Dyskutowano o roli i funkcji tego Zespołu. Uznano celowość jego powołania oraz ustalono, że będzie on miał istotne znaczenie w przenoszeniu informacji, propozycji i konsultacji strategicznych przedsięwzięć w ramach budżetu Wojewody.

Lekarz Wojewódzki w swoim wystąpieniu zaprezentował aktualne problemy służby zdrowia w kraju, przedstawił kierunki prac nad reformą opieki zdrowotnej, odniósł się do rodzajów ograniczeń sprawnego funkcjonowania służby zdrowia. Omówił także sytuację zdrowotną województwa białkopodlaskiego z uwzględnieniem największych zagrożeń dla życia i zdrowia ludności (urazy, wypadki związane z przebiegiem międzynarodowej trasy E-8 oraz związane z pracą w rolnictwie).

W trakcie spotkania dokonano wyboru Przewodniczącego Zespołu. W głosowaniu - przy jednym głosie wstrzymującym - Przewodniczącym Zespołu Konsultacyjnego została mgr Jadwiga Żwiruk.

W kolejnej części posiedzenia Dyrektor Wojewódzkiego Zespołu Ekonomiczno-Organizacyjnego Służby Zdrowia w Białej Podlaskiej mgr Andrzej Czapski dokonał analizy budżetu województwa białkopodlaskiego w dziale - 85 „Ochrona zdrowia” za rok 1994 r. Przedstawił roczne zobowiązania w zakładach opieki zdrowotnej na Zakładowy Fundusz Socjalny za okres 1993 - 1995. To wystąpienie spotkało się z dużym zainteresowaniem zwłaszcza ze strony przedstawicieli organizacji związkowych i samorządów zawodowych. W materiałach przygotowanych na posiedzenie Zespołu znalazła się między innymi tabela pt. „Wykonanie przeciętnych miesięcznych wynagrodzeń osobowych w dziale 85 Ochrona zdrowia” wg grup zawodowych w jednostkach służby zdrowia w roku 1993 i 1994, koszty

poniesione w jednostkach służby zdrowia w latach 1993 - 1994 wg rodzajów oraz analiza dotycząca średnich kosztów 1 łóżka w lecznictwie zamkniętym na poszczególnych oddziałach w naszym województwie w 1994 r.

Pan Dyrektor Czapski omawiając problemy wydatków poniesionych na leki i środki pomocnicze, zwrócił uwagę na ich udział w wydatkach; ogółem wynoszą one 17%.

Przedstawiając notatkę ze spotkania inauguracyjnego podaje listę uczestników wraz z nazwą instytucji, przez którą zostali wytypowani do pracy w Zespole:

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| 1. Antoni Godlewski     | Terenowe Przedstawicielstwo OPZZ Podlaskie Porozumienie Związków Zawodowych Regionu Lubelsko-Poleskiego Okręgowa Rada Aptekarska w Lublinie |
| 2. Romuald Godlewski    |   |
| 3. Anna Nowak-Gocławska | Wojewódzki Związek Rolników Kółek i Organizacji Rolniczych w Białej Podlaskiej  |
| 4. Kazimierz Kaznowski  | Rada Nadzorcza Zespołu Opieki Zdrowotnej w Parczewie  |
| 5. Andrzej Kossakowski  | Delegatura Wojewódzka Okręgowej Izby Lekarskiej w Białej Podlaskiej   |
| 6. Julian Mazurek       | Rada Nadzorcza Zespołu Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskiej  |
| 7. Stefan Konarski      | NSZZ „Solidarność” Region Mazowsze Oddział Biała Podlaska   |
| 8. Ireneusz Stolarczyk  | Rada Nadzorcza Zespołu Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu Podlaskim   |
| 9. Józef Korszeń        | Rada Wojewódzka NSZZ RI „Solidarność” w Białej Podlaskiej   |
| 10. Jan Wasiluk         | Rada Nadzorcza Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łosicach   |
| 11. Jadwiga Żwiruk      | Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej  |

\* \* \*

Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskiej ogłasza z dniem 1.07.1995 r. konkurs na stanowisko Przełożonej Szpitala.

Dokumenty zgodnie z Dz.U. Nr 22 z 1992 r. poz. 96 należy składać w Sekcji Kadr tutejszego Zespołu.

Kandydaci przystępujący do konkursu muszą posiadać **wyższe wykształcenie** określone w taryfikatorze kwalifikacyjnym Dz.U. Nr 104 z 1993 r. poz. 477.

Termin składania dokumentów upływa z dniem 31.07.1995 r.

## Ogólnopolska Konferencja Sekcji Położnych Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego „Menopauza”

Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowo-Naukowa organizowana przez Sekcję Położnych PTG odbyła się 21 kwietnia 1995 r. w Lublinie. Uczestniczyło w niej sześć położnych z województwa białsko-podlaskiego. Z zaproszonych gości udział wzięli:

prof. dr hab. Marian Szamatowicz -

- Przewodniczący ZG PTG

prof. dr hab. Henryk Żrubek -

- Członek Honorowy PTG

prof. dr hab. Jan Oleszczuk -

- Specjalista Wojewódzki d/s Gin. i Poł.

dr n. med. Tomasz Paszkowski -

- Sekretarz Oddziału Lubelskiego PTG

dr n. med. Marian Przylepa -

- Dyrektor Naczelny PSK Nr 4 AM w Lublinie

mgr Krystyna Rudzińska -

- Przewodnicząca Sekcji Położnych PTG

Eugenia Kwiecińska -

- Przewodnicząca OIPIP w Lublinie

Gospodarzem Konferencji a jednocześnie Przewodniczącą Komitetu Organizacyjnego była położna Maria Szymańska - Oddziałowa Oddziału Ginekologii PSK Nr

4 AM w Lublinie.

Program Konferencji składał się z trzech części. Część referatową prowadziła mgr Zofia Furtak. Tematem wspólnym i wiodącym była menopauza, czyli okres w życiu kobiet nazywany pięknie „jesienią życia”, trochę kłopotliwy, wymagający korekty postępowania i leczenia. Tematy sesji referatowej:

„Fizjologia okresu okołomenopauzalnego” -

- dr n. med. Tomasz Paszkowski

„Osteoporoza” -

- dr n. med. Iwona Wójcicka-Bartłomiejczyk

„Układ moczowy w klimakterium” -

- dr n. med. Paweł Milart

„Kardiologiczne aspekty klimakterium” -

- lek. med. Ewa Baszak

„Hormonalna terapia zastępcza” -

- dr n. med. Wanda Skrzypczak

„Aspekty psychosomatyczne klimakterium” -

- dr n. med. Marcin Olajossy

Rolę preparatów stosowanych jako hormonalna terapia zastępcza omówili i reklamowali swoje leki przedstawiciele firm Ciba i Schering. Część referatów zakończona





została dyskusją.

Część drugą Konferencji stanowiło Plenarne Posiedzenie Sekcji Położnych Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Poświęcono ją wznowieniu i reaktywowaniu działalności Sekcji Położnych. Przewodnicząca Zarządu Głównego Sekcji mgr Krystyna Rudzińska przedstawiła główne kierunki działania do roku 1997, czyli do końca kadencji obecnego Zarządu Głównego. Omówiono budżet, sprawozdanie z rocznej pracy oraz plan pracy na przyszłość. Pełnomocnik d/s współpracy z zagranicą Stefania Toka przedstawiła możliwość współpracy polskich położnych z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Położnych i zebrała deklaracje pisemne osób zainteresowanych tą współpracą.

W dyskusji podjęto tematy:

- uwagi i wnioski dotyczące specjalizacji dla położnych;
- standardy zawodowe położnych;
- ustanowienie Dnia Położnej Polskiej;
- ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej.

Najwięcej czasu poświęcono dyskusji nad wnioskiem posła Komisji Sejmowej Zdrowia aby ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej połączyć w jedną Ustawę o Zawodzie Pielęgniarki i Położnej. Pan Poseł, wnioskodawca tego projektu, został zaproszony na spotkanie z położnymi - jego argumenty za wspólną ustawą wzbudziły wiele kontrowersji i emocji. Położne przed-

stawiły swoje argumenty za odrębnością obu ustaw.

Z prezentowanych wniosków należy wysunąć jeden, że ustawy powinny być dwie ze względu na to, że choć tak pokrewna jest specyfika zawodu pielęgniarki i położnej, to także różne cele i zadania. Nie przeszkadza to jednak przynależć do jednego samorządu, który w swojej działalności powinien to uwzględniać. Położne posiadają większe kompetencje w węższej specjalności. Są różne szkoły przygotowujące do zawodu, lecz nie zamyka to drogi ani pielęgniarkom do ukończenia szkoły położnych, ani położnym do ukończenia szkoły pielęgniarskiej. Łączenie tych zawodów nie przez wspólną ustawę, lecz przez wspólny cel, jakim jest dobro pacjentów - tylko wtedy może mieć sens. Nasze argumenty przeciwko wspólnej ustawie już wcześniej były przedstawiane na łamach Biuletynu.

Ogólnopolska Konferencja zakończyła się spotkaniem towarzyskim zorganizowanym w Garnizonowym Klubie Oficera.

Zachęcamy Koleżanki Położne do włączenia się w działalność Sekcji Położnych.

**Halina ŚLÓRSKA**  
**Elżbieta MAKSYMIUK**  
położne

## Informujemy, że ...

**W** dniu 20.06.1995 r. odbyło się założycielskie zebranie Katolickiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych. Uczestniczyły w nim pielęgniarki i położne zatrudnione w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białej Podlaskiej i w ZOZ Radzyń Podlaski.

W trakcie zebrania wybrano przewodniczącą stowarzyszenia. Przewodniczącą została Pani Józefa Artemiuk - położna środowiskowa, zatrudniona w Przychodni Rejonowej Nr 3 w Białej Podlaskiej przy ul. Terebelskiej 57/65. Skład Zarządu przedstawia się następująco:

- z-ca przewodniczącej Barbara Malinowska, Przewodnicząca Pielęgniarek Przychodni Rejonowej Nr 3 w m.,
- sekretarz mgr Jolanta Klimowicz, psycholog - Od-

dział Neurologii WSzZ w Białej Podlaskiej,

- skarbnik Anna Matwiejuk, pielęgniarka - Oddział Chorób Wewnętrznych WSzZ w Białej Podlaskiej,
- członek Irena Kosidło, pielęgniarka zatrudniona w Przychodni Rejonowej Nr 3 w Białej Podlaskiej,
- członek Alina Łazowska, pielęgniarka zatrudniona w Oddziale Zakaźnym WSzZ w Białej Podlaskiej.

Zapraszamy Koleżanki do zgłaszania uczestnictwa w w/w Towarzystwie. Zainteresowane Koleżanki mogą zapoznać się z zadaniami i celem nowoutworzonego Stowarzyszenia. Statut do wglądu u Pani Przewodniczącej.

*Grupa Inicjatywna*

## UWAGA!

**Z**espół Redakcyjny Biuletynu Informacyjnego OIPiP w Białej Podlaskiej informuje, że nowo podjęta uchwała przez Prezydium OR przesuwa termin wypłacania wynagrodzeń autorskich.

Zgodnie z uchwałą z dnia 6.06.1995 r. honoraria autorskie wypłacane będą po ukazaniu się referatu w biuletynie.

*(red.)*

## Z ŻAŁOBNEJ KARTY

*Koleżance*  
**Annie Piaseckiej**  
*pielęgniarki Przychodni Rejonowej  
w Terespolu*  
wyrazy szczerego współczucia  
z powodu śmierci

**OJCA**

składają  
*pracownicy Przychodni Rejonowej w Terespolu*

*Koleżance*  
**Marii Jędrych**  
*Położnej Oddziałowej  
Oddziału Noworodkowego ZOZ w Parczewie*  
wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci

**MEŻA**

składa  
*Samorząd Pielęgniarek i Położnych w Parczewie*

*Pielęgniarki Środowiskowej*  
**Krystynie Szewczak**  
wyrazy serdecznego współczucia  
z powodu śmierci

**TEŚCIA**

składają  
*współpracownicy Przychodni Rejonowej Nr 3  
w Białej Podlaskiej*

*Koleżance*  
**Grażynie Kondraszuk**  
*Pielęgniarki Oddziałowej  
Oddziału Urazowo-Ortopedycznego  
Szpitala Rejonowego w Radzynie Podlaskim*  
serdeczne wyrazy współczucia  
z powodu śmierci

**OJCA**

składa  
*Samorząd Pielęgniarek i Położnych  
w Radzynie Podlaskim*

*Koleżance*  
**Barbarze Bober**  
*Pielęgniarki Oddziałowej  
Oddziału Neurologiczno-Reumatologicznego  
Szpitala Rejonowego w Radzynie Podlaskim*  
serdeczne wyrazy współczucia  
z powodu śmierci

**MATKI**

składa  
*Samorząd Pielęgniarek i Położnych  
w Radzynie Podlaskim*

*Koleżance*  
**Halinie Kułak**  
*Pielęgniarki Oddziałowej  
Oddziału Internistycznego  
Szpitala Rejonowego w Radzynie Podlaskim*  
wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci

**OJCA**

składa  
*Samorząd Pielęgniarek i Położnych  
w Radzynie Podlaskim*

# Auto-casco

## krajowe i zagraniczne

Zakup samochodu poprzedza przeważnie długi okres wielu wyrzeczeń i odkładania pieniędzy. Niekiedy jednak, wskutek różnych okoliczności losowych, możemy auto stracić. Proponujemy ubezpieczenie auto-casco krajowe i zagraniczne.

PTU GRYF ubezpiecza pojazdy samochodowe z wyposażeniem standardowym, do którego zalicza się sprzęt i urządzenia niezbędne do utrzymywania i używania pojazdu zgodnie z jego przeznaczeniem, a także wyposażenie dodatkowe, służące bezpieczeństwu jazdy oraz zabezpieczenia pojazdu przed kradzieżą. Ubezpieczamy: samochód, motocykl, motorower, przyczepę i inne pojazdy.

Z ubezpieczenia wypłacamy Państwu odszkodowanie w razie uszkodzenia, zniszczenia lub utraty pojazdu oraz jego wyposażenia, wskutek:

1. powodzi, zatopienia, pożaru, pioruna, wybuchu, gradobicia, huraganu oraz innych sił przyrody działających nagle, niezależnie od miejsca ich powstania;
2. nagłego działania czynnika termicznego lub chemicznego, pochodzącego z zewnątrz pojazdu;
3. użycia pojazdu bez zgody ubezpieczającego albo kradzieży pojazdu lub jego części;
4. nagłego zderzenia się pojazdu z osobami, przedmiotami lub zwierzętami;
5. uszkodzenia pojazdu przez osoby trzecie;
6. stłuczenia szyb - niezależnie od przyczyn.

Proponujemy ubezpieczenie w zakresie pełnym lub ograniczonym.

Udzielamy również wysokich zniżek za bezszkodową jazdę (10 - 60%), za zainstalowanie urządzeń alarmowych i przeciwkradzieżowych (5%), za jednorazową opłatę składki rocznej, za wierność firmie.



POMORSKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZENIOWE GRYF S.A.



Biuletyn sponsorowany przez:

**POMORSKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZENIOWE GRYF S.A.**

Oddział Biała Podlaska, ul. Reformacka 9, tel./fax 44-39-37