

# IMPULS

---

ISSN 1230-5901

Nr 1-2 (285-286), WARSZAWA, 2018 r.



WARSZAWSKA OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
Biuletyn samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych

*Szanowne Koleżanki i Koledzy,*

***Ciepłych i udanych Świąt Wielkanocnych  
oraz wszelkiej pomyślności i radości  
w życiu zawodowym i osobistym życzą:***

*w imieniu Okręgowej Rady WOIPiP Elżbieta Madańczyk – Przewodnicząca,  
w imieniu Kolegium Redakcyjnego Wiesława Ostrega – Przewodnicząca*



## Redakcja:

Elżbieta Madajczyk  
– Przewodnicząca WOPiP

Wisława Ostręga  
– Przewodnicząca Kolegium  
Redakcyjnego

*Kolegium Redakcyjne:*

Nikoleta Broda

Danuta Mioduszevska

Lena Serafin

Monika Szydłowska

Bożena Pawłowska

Izabela Piotrowska

## Kontakt z redakcją:

Warszawska Okręgowa  
Izba Pielęgniarek i Położnych  
Redakcja Biuletynu  
ul. Nowy Świat 63,  
00-042 Warszawa  
e-mail: [wostrega@interia.pl](mailto:wostrega@interia.pl)  
<http://www.woipip.pl/>  
tel. (0-22) 826-84-77

## Godziny pracy biura:

poniedziałki, wtorki  
i środy 8:00 – 16:00  
czwartki 8:00 – 17:00  
piątki 8:00 – 15:00

## Spis treści

|                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze .....                                                      | 4  |
| Zasady komunikacji interpersonalnej<br>na przykładzie pracy pielęgniarki szkolnej .....           | 7  |
| Przytulanie niezbędne do życia .....                                                              | 12 |
| Istota zapachów .....                                                                             | 15 |
| Psychospołeczne aspekty opieki pielęgniarskiej<br>nad pacjentem z raną .....                      | 16 |
| WZW A w natarciu .....                                                                            | 18 |
| Lektury .....                                                                                     | 22 |
| Sentencje .....                                                                                   | 23 |
| Beatyfikacja pielęgniarki Hanny Chrzanowskiej .....                                               | 23 |
| Podziękowania .....                                                                               | 26 |
| Pożegnania .....                                                                                  | 30 |
| Szkolenia/konferencje/zjazdy/fora .....                                                           | 31 |
| Z prac samorządu zawodowego .....                                                                 | 32 |
| Harmonogram spotkań komisji problemowych<br>i sekcji specjalistycznych – kadencja 2015-2019 ..... | 34 |
| Hasło Światowego Dnia Zdrowia 7 kwietnia 2018 r. ....                                             | 36 |

## Warunki publikacji nadesłanego materiału:

1. Nadesłany tekst musi być podpisany: imię, nazwisko, zawód/stanowisko, ew. miejsce pracy (do wiadomości redakcji należy podać adres i nr telefonu).
2. Artykuły przyjmowane są w wersji elektronicznej zapisane w formacie Word (edytowalne).
3. Tekst: Times New Roman, rozmiar 12, interlinia 1,5 bez wersalików podkreśleń itp. Tekst wymagający wyróżnienia należy pogrubzić (wyboldować).
4. Miejsce wstawienia rycin i ilustracji zaznaczone: >>>ryc. 1<<<
5. Obrazki i ryciny w oddzielnym pliku w wersji edytowalnej podpisane numerem obrazka.
6. Przypisy i bibliografia na końcu tekstu.
7. Jeśli tekst jest przedrukiem należy podać pełne źródło (adres internetowy) i zgodę na przedruk.
8. Materiały do biuletynu należy przesłać na adres: [wostrega@interia.pl](mailto:wostrega@interia.pl) lub [merytoryczny@woipip.med.pl](mailto:merytoryczny@woipip.med.pl)
9. Redakcja:
  - a. nie publikuje tekstów anonimowych,
  - b. zastrzega prawo redagowania tekstów,
  - c. nie zwraca nadesłanych materiałów,
  - d. nie odpowiada za treść nadesłanych ogłoszeń.



# ŚWIADCZENIA PIEŁĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE

opracowanie: Wisława Ostrega na podstawie [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)

**Pracując z pacjentami będącymi w szczególnie trudnej sytuacji zdrowotnej związanej z brakiem możliwości samoopieki, a wymagającymi dalszego leczenia należy pamiętać o informowaniu ich o przysługujących świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Poniżej przypominamy o najważniejszych zasadach udzielania takich świadczeń.**

## Komu są udzielane?

- pacjentom wymagającym całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych, którzy powinni kontynuować leczenie,
- pacjentom niewymagającym hospitalizacji na oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skali poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40 punktów lub mniej (wymóg oceny skali Barthel nie dotyczy dzieci do 3. roku życia).

Jeżeli w ocenie skalą Barthel pacjent otrzyma 40 punktów lub mniej, a podstawą do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie – nie zostanie on przyjęty do zakładu opiekuńczego.

Pacjent z zaawansowaną chorobą nowotworową – po spełnieniu określonych wymagań – może zostać objęty opieką paliatywną i hospicyjną.

Pacjentowi z chorobą psychiczną przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

## Kto ocenia samodzielność pacjenta?

- Przed przyjęciem do zakładu opiekuńczego – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego.
- W dniu przyjęcia do zakładu opiekuńczego oraz pod koniec każdego miesiąca – lekarz i pielęgniarka danego zakładu opiekuńczego.

Wykazy zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, które realizują świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, znajdują się na stronach internetowych właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

W zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia. Pacjent, który ukończył 18 lat i posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (dzieci i młodzież z zaburzeniami rozwojowymi) i przebywa tam do czasu ukończenia nauki.

## Co przysługuje bezpłatnie?

- świadczenia udzielane przez lekarza, pielęgniarkę i psychologa,
- rehabilitacja ogólna w podstawowym zakresie, która jest prowadzona w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego,
- terapia zajęciowa,
- leczenie farmakologiczne i dietetyczne,
- zaopatrzenie w wyroby medyczne (przedmioty ortopedyczne) stosowane podczas udzielania świadczeń gwarantowanych,
- edukacja zdrowotna – przygotowanie pacjenta i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w domu.

## Kto udziela tych świadczeń?

*1. Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie*

### Dla kogo?

Dla pacjentów z niewydolnością oddechową, którzy wymagają inwazyjnej (prowadzonej przy pomocy respiratora – przez rurkę tracheostomijną) lub nieinwazyjnej (prowadzonej przez ustniki, maski lub hełmy), ciągłej lub okresowej terapii oddechowej.

Zespół zajmuje się pacjentami, którzy nie muszą przebywać na oddziałach intensywnej terapii lub w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, ale wymagają stałego, specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

### Badania

Zespół wykonuje m.in. badania diagnostyczne, które umożliwiają właściwą terapię oddechową w warunkach domowych.

W szczególności są to:

- badania obrazowe (w tym RTG i USG – w pełnym zakresie),
- badanie równowagi kwasowo-zasadowej krwi i gazów oddechowych w arterializowanej krwi kapilarnej.

### Co jest potrzebne?

Jeśli pacjent chce skorzystać z tych świadczeń, potrzebuje skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego razem z:

- kartą informacyjną leczenia szpitalnego,
- wynikami badań,
- kwalifikacją do objęcia opieką w warunkach domowych:
  - dla pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej – wydaje ją lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii zatrudniony w szpitalu, w którym pacjent zakończył leczenie,
  - dla pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej – wydaje ją lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz specjalista chorób płuc zatrudniony w szpitalu, w którym pacjent zakończył leczenie.

## 2. Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa

### Dla kogo?

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa przysługuje pacjentom, którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej.

### Kto nie jest objęty tą opieką?

- Pacjenci, którzy pozostają pod opieką:
  - hospicjum domowego,

- innego zakładu opiekuńczego udzielającego świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych,
  - zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie.
- Pacjenci, którzy są w ostrej fazie choroby psychicznej.

### Co przysługuje bezpłatnie?

- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę,
- przygotowanie pacjenta i rodziny do samoopieki i samopielęgnacji (m.in. nauka radzenia sobie z niesprawnością),
- świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania,
- edukacja zdrowotna,
- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,
- pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu.

Świadczenia są udzielane od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-20:00, a w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach.

### Co jest potrzebne?

Jeśli pacjent chce skorzystać z tych świadczeń, potrzebuje skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego razem i kartę oceny pacjenta do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową.

### Podstawa prawna

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. 2015 r., poz. 1658).

# KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA /OBJĘTEGO<sup>1)</sup> PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

## 1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>2)</sup>

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy; Adres zamieszkania; Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

| Lp. | Czynność <sup>3)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                               | Wynik <sup>4)</sup> |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1.  | <b>Spożywanie posiłków:</b><br>0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść<br>5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety<br>10 - samodzielny, niezależny                                                                                 |                     |
| 2.  | <b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b><br>0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu<br>5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)<br>10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna<br>15 - samodzielny                           |                     |
| 3.  | <b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b><br>0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych<br>5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)                                                                                                |                     |
| 4.  | <b>Korzystanie z toalety (WC)</b><br>0 - zależny<br>5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam<br>10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się                                                                                                       |                     |
| 5.  | <b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b><br>0 - zależny<br>5 - niezależny lub pod prysznicem                                                                                                                                                                                               |                     |
| 6.  | <b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b><br>0 - nie porusza się lub < 50 m<br>5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m<br>10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m<br>15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m |                     |
| 7.  | <b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b><br>0 - nie jest w stanie<br>5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie<br>10 - samodzielny                                                                                                                                   |                     |
| 8.  | <b>Ubieranie się i rozbieranie:</b><br>0 - zależny<br>5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy<br>10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.                                                                                         |                     |
| 9.  | <b>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</b><br>0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw<br>5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)<br>10 - panuje, utrzymuje stolec                                                                                      |                     |
| 10. | <b>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</b><br>0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny<br>5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)<br>10 - panuje, utrzymuje mocz                                                           |                     |
|     | <b>Wynik kwalifikacji<sup>5)</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                               |                     |

- data, podpis i pieczęć pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki opieki długoterminowej domowej.
- wynik oceny stanu zdrowia: Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga<sup>1)</sup> pielęgniarstwa długoterminowej domowej. data, podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2)</sup> Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel.” Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

<sup>3)</sup> W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

<sup>4)</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

<sup>5)</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

# ZASADY KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ NA PRZYKŁADZIE PRACY PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ

Wislawa Ostregra

Komunikacja interpersonalna jest podstawową umiejętnością niezbędną w codziennej pracy pielęgniarki. Doskonalenie umiejętności w tym zakresie nie tylko ułatwi pracę i poprawi relacje z podopiecznymi, ale pozwoli również na lepsze funkcjonowanie w sferze prywatnej. Z problemami komunikacyjnymi spotykamy się w powszechnej ocenie coraz częściej i coraz częściej mamy trudność w porozumieniu się z naszymi podopiecznymi i ich rodzinami a także ze współpracownikami.

Uczniowie i ich rodziny, w stresie często prezentują zachowania agresywne na terenie szkoły<sup>1</sup> najczęściej w formie werbalnej, ale zdarza się też, że eskalują zachowania aż do agresji fizycznej. Jak sobie z takimi zachowaniami radzić, jak nie dopuścić do takiego natężenia stresu, kiedy uczeń lub jego rodzice przekraczają dopuszczalne granice zachowania?

Pielęgniarka pracująca w szkole jest inicjatorką kontaktów interpersonalnych, w pierwszej kolejności z uczniem, nauczycielem, dyrektorem szkoły oraz rodzicem/opiekunem prawnym ucznia. Wybiera właściwe formy i środki przekazu, tak aby skutecznie przekazać komunikat lub uzyskać potrzebne informacje.

Gabinet pielęgniarki powinien dla uczniów stanowić swojego rodzaju enklawę bezpieczeństwa. Budowanie zaufania pomiędzy pielęgniarką a uczniami, ich rodzicami, nauczycielami i innymi osobami, z którymi podejmuje współpracę jest niezwykle istotne dla skuteczności działania.

Odpowiednia aranżacja gabinetu pielęgniarskiego w szkole może ułatwić pozytywne nawiązanie komunikacji. Komunikatem jest też urządzenie gabinetu np. w jasnych kolorach w ciepłych tonacjach kolorystycznych, z odpowiednim oświetleniem<sup>2</sup> stwarza przyjemną atmosferę. Biurko pielęgniarki powinno być tak ustawione aby siedziała tyłem lub bokiem do okna. Krzesło dla partnera rozmowy powinno być ustawione z boku biurka. Rozmawiający powinni siedzieć tak by ich twarze były oświetlone a kontakt wzrokowy łatwy do nawiązania lub

zerwania. Najlepiej więc, gdy krzesło dla partnera rozmowy stoi z boku biurka tak, by zachować między rozmawiającymi odstęp około 1,5 metra. Osoba, siedząca wyżej łatwiej będzie dominować nad rozmową, co utrudni komunikację interpersonalną. Pomieszczenie powinno zapewniać swobodę rozmowy. Warto mieć przygotowaną wodę do picia i jednorazowe kubeczki – poczęstowanie rozmówcy wodą bardzo ułatwia rozładowanie napięcia.

## Co pomaga nam w skutecznej komunikacji:

- prawdziwe zainteresowanie drugą osobą.
- szacunek do drugiej osoby i poczucie, że każda osoba jest ważna.

## Co przeszkadza:

- zaburzona koncentracja uwagi.
- nasza niepewność, napięcie, podejrzliwość.
- brak zainteresowania wypowiedzią.
- chęć przeforsowania swojego zdania.
- negatywne oczekiwania oraz nastawienie do rozmówcy

Istotna jest również odległość pomiędzy rozmówcami. Można ją podzielić na 4 strefy:

- Intymną (bezpośredni kontakt dotykowy). Dotyk i kontakt fizyczny oznacza zwykle zażyłość. Może mieć charakter pozytywny, wyrażając chęć bycia z drugą osobą (uścisk dłoni, głaskanie, przytulenie, pocałunek), lub negatywny świadczący o lekceważeniu drugiej osoby albo wręcz jej atakowaniu czy molestowaniu. Uczniowie młodszy w większym stopniu potrzebują kontaktu fizycznego, który łagodzi stres i daje poczucie akceptacji. Należy przy tym jednak uważnie obserwować rozmówcę aby nie naruszyć jego poczucia granic. Indywidualną (przestrzeń wyznaczona zasięgiem naszych rąk).
- Społeczną (powstającą podczas codziennych kontaktów społecznych). Przestrzeń ta jest

<sup>1</sup> E. Czerniewska-Koruba, Agresja i przemoc w szkole, czyli co powinniśmy wiedzieć by skutecznie działać, ORE, Warszawa 2015 r. [http://www.bc.ore.edu.pl/Content/830/Agresja\\_i\\_przemoc\\_w\\_szkole\\_Czerniewska\\_wyd.+II.pdf](http://www.bc.ore.edu.pl/Content/830/Agresja_i_przemoc_w_szkole_Czerniewska_wyd.+II.pdf)

<sup>2</sup> Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. 2015 poz. 1422) reguluje zasady prawidłowej temperatury (§134), oświetlenia (rozdział 2 i załącznik 1 wiersz 3) i inne wymagania.



ograniczona do takich rozmiarów, aby do utrzymania interakcji nie były potrzebne dodatkowe urządzenia.

- Publiczną (umożliwiającą bezpośredni kontakt wzrokowy przy równoczesnym użyciu sprzętu nagłaśniającego np. mikrofonu).

## Komunikacja niewerbalna

Pierwszymi komunikatami jakie nadajemy i odbieramy w kontakcie z naszym rozmówcą to komunikaty niewerbalne. Gdy mówimy o komunikacji niewerbalnej najczęściej mamy na myśli mimikę, gesty i mowę ciała. Należy jednak pamiętać, że komunikatem niewerbalnym jest również nasz wygląd (figura, ubranie, fryzura, dodatki, makijaż itd.), który ma kluczowe znaczenie w wywieraniu wrażenia. Jeśli chcemy by nasz rozmówca widział w nas osobę wysoce profesjonalną to powinniśmy zastosować się do określonych reguł dotyczących wyglądu. Warto postarać się aby spełniał on oczekiwania osoby lub grupy. Ważne jest aby ubiór i dodatki do niego nie odbiegały znacząco od wyglądu naszych rozmówców.

- Zapraszając osobę do gabinetu uśmiechamy się do niej i prosimy o zajęcie miejsca wskazując je ręką.
- Sygnalizujemy swoją postawą życzliwość i zainteresowanie.
- Gdy chcemy zmniejszyć dystans można dotknąć osobę, z którą rozmawiamy: wierzchu dłoni lub przedramienia.
- Siadamy naprzeciwko rozmówcy tak by widzieć jego twarz i móc nawiązać kontakt wzrokowy.
- Słuchamy i mówimy patrząc w oczy partnerowi rozmowy. Potwierdzamy naszą uwagę kiwając twierdząco głową, uśmiechając się,
- NIE zajmujemy się innymi sprawami podczas rozmowy. Całą uwagę skupiamy na rozmówcy.

## Komunikacja werbalna

Mówienie i słuchanie to sztuka, którą możemy doskonalić. Jest to podstawowe narzędzie do przekazywania i pozyskiwania informacji.

### Mówienie

- Treść i formę komunikatu dostosowujemy do możliwości percepcyjnych rozmówcy.
- Staramy się mówić przyjaznym, spokojnym głosem, popierając treść wypowiedzi gestykulacją.

- Nie stosujemy skrótów myślowych.
- Jeżeli stosujemy terminy medyczne to należy je wyjaśnić.
- Jeśli uczeń jest z opiekunem to nadal mówimy do ucznia – to on jest podmiotem naszych działań – opiekun i tak wszystko słyszy. Jeśli rozmawiamy z rodzicem lub nauczycielem w obecności ucznia, nie mówmy o nim jak o nieobecny.
- Nie tylko dzieci i osoby starsze mogą mieć kłopot ze zrozumieniem tego co do nich mówimy – być może używamy niezrozumiałych słów, może mówimy zbyt szybko, niewyraźnie lub zbyt cicho?
- Jeśli rozmówca prosi o powtórzenie informacji należy powtórzyć ją trochę wolniej oddzielając wyrazy od siebie, jeśli ponownie nie zrozumie informacji powtarzamy ją jeszcze raz używając innych wyrażenia.
- Akcentujemy ważne informacje powtarzając je w naszej wypowiedzi.
- Jeśli rozmówca nas nie słyszy lub widzimy że może nie zapamiętać tego co mówimy, to podstawowe informacje zapisujemy wyraźnie na kartce i wręczamy do ręki.
- Sprawdzamy czy rozmówca zrozumiał nasz komunikat.

## Słuchanie

- Koncentrujemy się na rozmówcy
- Słuchając wypowiedzi potwierdzamy co jakiś czas swoją uwagę: kiwając potakująco głową, uśmiechając się akceptująco lub dźwiękami: „aha, hmm, no tak”.
- Zachęcamy do kontynuowania wypowiedzi: *opowiedz o tym..., i co dalej..., i co o tym myślisz...*
- Utrzymujemy kontakt wzrokowy i zwracamy uwagę na sygnały niewerbalne.
- Staramy się zachować otwartą, swobodną pozycję ciała, pochylenie nad rozmówcą, zadowolenie i spokój mimiczny (bez grymasów ust, marszczenia brwi itp).
- Zachęcamy rozmówcę do wypowiedzi stosując potwierdzenia: „tak, rozumiem, proszę kontynuować” lub „chyba nie całkiem rozumiem, proszę powiedzieć czy chodzi o...”
- Używamy parafrazy – pozwala upewnić się czy dobrze zrozumieliśmy rozmówcę. Parafraza polega na powtórzeniu tego co powiedział uczeń innymi słowami: „Rozumiem, że chcesz przyjść na badanie w innym terminie?”, „Mówi pani że,...”, „Innymi słowy...”, „Czy dobrze zrozumiałam, mówi pani że...”



- Doprecyzowanie wypowiedzi przez zadawanie pytań – „proszę powiedzieć więcej o tym...”, „co sprawia największą trudność...”. Koncentrujemy się na istocie wypowiedzi, a nie na nieistotnych szczegółach
- Udzielamy informacji zwrotnej: jeśli uznaliśmy że zrozumieliśmy pacjenta przekazujemy informację, która ma mówić o nas, a nie o pacjencie np. „myślę, że mogę pani..”
- Jeśli musimy coś zanotować informujemy o tym rozmówcę, tak by nie miał wątpliwości, że nadal go słuchamy.

## Barier w komunikowaniu się

Bariera w komunikacji interpersonalnej to coś, co powstrzymuje bądź blokuje skuteczność komunikowania się. Przykład bariery komunikacyjnej: Zdarza się nieraz, że mimo zupełnie dobrych intencji, rozmówca reaguje w sposób zaskakujący, odmawiając odpowiedzi czy wyraźnie zamykając się na stawiane mu pytanie. Wypowiedź, która miała go pocieszyć, zmobilizować do działania lub ostrzec przed jakimś zagrożeniem, w niepojęty sposób zraniła go. Zupełnie wbrew intencjom została użyta wypowiedź blokująca, zostało naruszone dobre samopoczucie czy pozytywna samoocena rozmówcy, czyli wystąpiła pewna bariera komunikacyjna.

### Zapamiętaj! nigdy nie mów:

- nie wiem,
- nie zajmę się tym,
- po prostu nie.

### Zamiast tego, przekaz informację:

- zaraz postaram się dowiedzieć,
- potrzebuję, żeby Pani/Pan...
- to co mogę dla Pani/Pana zrobić w tej sprawie to...
- mogę Pani/Panu poradzić, podpowiedzieć itp. ...

**Klasyfikacja barier komunikacyjnych** według Thomasa Gordona, który nazwał je „brudną dwunastką” niszczycieli komunikacji:

**Krytykowanie:** wyrażanie negatywnych ocen o drugiej osobie, jej działaniach lub postawach. „Sam to na siebie sprowadziłeś – nikogo innego nie możesz winić za kłopoty, w których tkwisz” wywołuje poczucie niedorobłości, mniejszej wartości, głupoty czy nawet bezwartościowości lub zła moralnego.

Uczeń na podstawie oceny i sądu dorosłych kształtuje swój obraz samego siebie. Tak jak jest oceniany, tak ocenia siebie. Ostra krytyka wywołuje kontrkrytykę. Doprowadza to do tego, że uczeń albo zachowuje swoje odczucia albo ukrywa swoje przeżycia. Reaguje obronnie, wycofuje się aby zachować pozytywny obraz siebie. Odczuwa gniew, nawet gdy krytyka jest słuszna, budzą się w nim wrogie uczucia. Często krytyka daje poczucie, że jest się nieakceptowanym, złym. Nikt nie lubi słyszeć tego typu zwrotów, nawet jeśli to najszczerza prawda. Spora część społeczeństwa jest przekonana, że krytyka jest niezbędna do wyrażania własnego zdania i wpływania na postawy innych. To jednak jest bariera w komunikacji, która może okazać się nie do przekroczenia.

**Stawianie diagnozy:** analizowanie, dlaczego osoba zachowuje się w taki sposób, w jaki się zachowuje, odgrywanie psychiatry – amatora „Czytam w tobie jak w książce – robisz to właśnie po to by mnie zrytować”; „Myślisz, że jesteś lepszy ode mnie tylko dlatego, że dostałeś się na studia”. Uczucie frustracji pojawi się na pewno, gdy próbuje się wmówić innym motywy ich zachowania, mimo, że wyraźnie wyjaśniają, co nimi kierowało. Unikać należy bezwzględnie stwierdzeń w stylu: „zachowujesz się tak, bo boisz się odrzucenia”. Tego rodzaju wypowiedzi zdradzają dziecku, że rozmawiający z nim „przejrzał go”, zna jego motywy, albo wie, dlaczego tak się zachowuje. Jeśli interpretacja jest poprawna to dziecko może poczuć się zażenowane lub obnażone. Jeśli jest błędna to dziecko będzie się irytowało niesprawiedliwym obwinianiem go.

**Rozkazywanie:** nakazywanie drugiej osobie robienia tego co chcemy by było zrobione „Masz natychmiast przestać płakać! Dlaczego?! Ponieważ tak powiedziałam...”. Wiele osób jest przekonanych o mocy komunikatów opartych na przymusie. Tak zresztą podpowiadają nam zasady perswazji. Obniża to jednak samoocenę osoby, do której kierowany jest komunikat, co może prowadzić do buntu. Rozkazywanie i komenderowanie sprawia, że osoba z którą rozmawiamy, a szczególnie uczeń nie czuje się akceptowany, takim jaki jest. Takie zachowanie wyzwała lęk, oburzenie, gniew i ujawnia wrogie uczucia (agresja, atak wściekłości, stawianie oporu, itp.).

**Uspokajanie:** próba powstrzymania negatywnych emocji odczuwanych przez drugą osobę „Nie przejmuj się, zawsze najciemniej jest przed świtem”; „Wszystko się w końcu doskonale ułoży”. Nie pomaga to w komunikacji, często banalizuje problem, z którym nasz rozmówca się boryka. Uspokajanie osoby, która czuje się czymś wytrącona z równowagi,

często przekonuje ją po prostu o tym, że jest niezrozumiana. Dorośli uspokajają, ponieważ jest im przykro, gdy rozmówca czuje się zraniony, zdenerwowany, przygnębiony czy jakkolwiek wytrącony z równowagi. Ich wypowiedzi jednak mówią, że chcą oni, aby przestał tak odczuwać. Ale rozmówca w takich okolicznościach rozszyfrowuje okazywanie mu współczucia jako usiłowanie zmienienia jego sposobu przeżywania i staje się nieufny. Bagatelizowanie i demonstrowanie współczucia często niszczy dalszy kontakt, ponieważ partner rozmowy odczytuje je jako negatywną ocenę swego przeżywania i próbę jego zmiany.

**Odwracanie uwagi:** Odsunięcie na bok problemu drugiej osoby przez odwrócenie jej uwagi. „*Nie wracaj do tego. Porozmawiajmy o czymś przyjemniejszym*”. „*Myślisz, że masz poważny problem? Posłuchaj tylko, co mnie spotkało!*” Tematy budujące napięcie sprzyjają pojawianiu się takich barier. Często jest to związane z brakiem umiejętności aktywnego słuchania. Tego rodzaju usiłowania komunikują, że rozmówca cię nie obchodzi, że nie liczysz się z jego uczuciami albo, że je odrzucasz. Uczniowie na ogół cali angażują się w rozmowę, jeśli przeżywają potrzebę mówienia o czymś. Jeśli reagujesz żartami, wywołasz u nich poczucie urazy i odepchnięcia. Odwracanie uwagi i rozpraszenie uczuć rozmówcy może się w danej chwili wydawać skuteczne, ale odczucia ludzkie nie dają się zawsze odsuwać czy rozpraszać. Wyplyną później znowu. Problemy odsunięte na margines rzadko są problemami rozwiązanymi. Jeżeli uczeń czuje się odsuwany na bok przez osobę do której zwraca się z problemem, prędko nauczy się zwracać z problemami i przeżyciami gdzie indziej.

**Udzielenie rad:** Podpowiadanie drugiej osobie rozwiązania dla jej problemów. „Jeśli byłbym na twoim miejscu, z pewnością powiedziałbym mu...”; „To całkiem łatwa sprawa. Najpierw trzeba...”. Rady są cenne, tym bardziej, gdy udzielane są przez doświadczonych osoby. Jednak należy bardzo uważać, aby nasza rada nie stała się barierą komunikacyjną. Należy ich udzielać tak, aby rozmówca miał pewność, że rada jest wynikiem troski, a nie brakiem wiary w jego inteligencję i możliwość porażenia sobie z problemami. Branie na siebie rozwiązywania problemów innych to ogromna odpowiedzialność. Uwaga! Nie należy mylić rad w stylu „*Ja na Twoim miejscu...*” z cennymi wskazówkami pomagającymi rozwiązać problem.

**„Kazania” i logiczne argumentowanie:** próba przekonania drugiej osoby poprzez odwołanie się do faktów lub logiki, zazwyczaj bez brania pod uwagę emocjonalnego aspektu sprawy. „Przyjrzyj

się faktom, jeśli byś nie zrobił tego, nie wpadłbyś w kłopoty”. Musimy wyczuć, kiedy możemy pozwolić sobie na zimny dystans, bo gdy zderzy się on z gorącymi emocjami rozmówcy, który ma problem, możemy wywołać równie gorącą wściekłość. Tego rodzaju wypowiedzi są oddziaływaniem na ucznia z pozycji siły i autorytatywności, powołując się na obowiązki i powinności. Uczeń na słowo „musisz” reaguje oporem, obroną własnego stanowiska. Może też wywoływać poczucie winy, że jest „złym” dzieckiem, że dorośli nie dowierzają jego zdolności do oceny przykładów i wartości innych ludzi.

**Grożenie:** Próba zdobycia kontroli nad działaniem drugiej osoby przez grożenie jej negatywnymi konsekwencjami, jakie mogą ją spotykać. „*Zrobisz to lub w przeciwnym wypadku...*”, „*Przestań natychmiast hałasować, albo zatrzymam całą klasę po lekcjach*”. U ucznia pojawia się uczucie strachu i podlegania, może wyzwolić się gniew i wrogość. Bardzo często dziecko wystawia na próbę groźbę, robiąc coś złego, tylko dlatego aby sprawdzić czy nastąpi zapowiedziana kara.

**Dochodzenie, wypytywanie, przesłuchiwanie:** zadawanie zbyt wielu lub niewłaściwych pytań. Barierami w reakcjach są często pytania zamknięte. Są to takie pytania, na które można zazwyczaj odpowiedzieć w kilku słowach – często nawet przez zwykłe „tak” lub „nie”. „*Kiedy to się stało?*” „*czy jest ci przykro, że tak zrobiłeś*”. Niepokój i reakcje obronne dziecka mogą wyzwolić w rozmówcy próby dotarcia do niego przez usilne zadawanie kolejnych nieistotnych pytań. Zadawane w atmosferze przesłuchania pytania zamknięte utrudniają nawiązywanie pozytywnych relacji. Uczniowie czują się zagrożeni wypytywaniem, zwłaszcza wtedy, gdy nie rozumieją, dlaczego są pytani. Jeśli wypytujesz ucznia, który zwierzył się ze swego problemu, będzie sądził, że zbierasz materiał, aby rozwiązać ten problem za niego, zamiast pozwolić mu samemu znaleźć rozwiązanie. Dzieci często nie życzą sobie, by dorośli znajdowali odpowiedź na ich problemy. Jeśli stawiasz pytania komuś, kto pozwala ci uczestniczyć w swoim problemie, każde z pytań narusza wolność tego człowieka w zakresie spraw, o których chce ci powiedzieć. W pewnym sensie każde pytanie dyktuje mu jego wypowiedź. Dlatego tak przykro jest znaleźć się jakby w krzyżowym ogniu pytań prokuratora – powstaje uczucie, że należy swoją historię dokładnie tak opowiedzieć, jak wymagają tego jego pytania. Dlatego „przesłuchiwanie” nie jest na pewno dobrą metodą ułatwiania komuś komunikacji. Może stać się zamiast tego ciężkim ograniczeniem jego poczucia wolności.

**Moralizowanie:** mówienie drugiej osobie, co powinna zrobić. Prawienie jej kazań. „Powinieneś...”, „nie powinieneś...”. Na pewno każdemu z nas przydarzyła się kiedyś taka sytuacja, gdy usłyszał: „*Tak się postępuje*”, „*To jest właściwe*”. Każdy ma własny zestaw wartości, a stwierdzeniem „tak należy” możemy wywołać jedynie poczucie winy. Tego rodzaju wypowiedzi stanowią oddziaływanie na rozmówcę z pozycji siły i autorytatywności, powołują się na obowiązki i powinności. Uczeń rozumie przez to, że rozmówca nie ufa jego własnemu sądowi.

**Ośmieszanie, zawstydzanie:** nadawanie etykiety, „poniżanie” kogoś lub podciąganie go pod stereotyp. „*Co za głupek!*”; „*Dokładnie jak kobieta...*”; „*Jak dziecko...*”; „*Jesteś takim wrażliwym facetem jak inni*”; „*Typowa kobieta*”. Etykiety nadawane w ten sposób zamykają nam unikalną drogę do poznania wyjątkowości każdego człowieka. Jeżeli chcesz dzielić ludzi na mądrych i głupich, typowe kobiety i typowych mężczyzn – zamykasz to drogę do prawdziwego poznania drugiej osoby. Takie stwierdzenia mogą wywołać spustoszenie w wyobrażeniach ucznia o sobie. Czuje się bezwartościowy, zły, gorszy od innych. Najczęstszą reakcją jest odpowiedzenie tym samym. Taki rodzaj wypowiedzi nie wpływa korzystnie na postępowanie ucznia.

#### **Pamiętaj!**

- zawsze panuj nad emocjami – rozmówca ma do nich prawo,
- my jesteśmy profesjonalistami i mamy mu pomóc, a nie odreagowywać naszą frustrację:
  - nie przerywaj,
  - nie oceniaj,
  - nie interpretuj,
  - nie dawaj tzw. dobrych rad,
  - nie uogólniaj.

**Chwalenie połączone z oceną:** wydawanie pozytywnego osądu o drugiej osobie, jej działaniach lub postawach. „*Zawsze jesteś taka grzeczna. Na pewno pomożesz mi wieczorem przyciąć trawnik*”; Nauczyciel do kilkunastoletniego ucznia „*Jesteś wielkim poetą*”. Ta bariera niesie ze sobą najwięcej kontrowersji, ponieważ neguje przekonanie, że każde chwalenie jest dobre. „*Jesteś taki inteligentny, jestem pewien, że zrobisz to lepiej niż ja*”. Czy łatwo uwierzyć w taką pochwałę? Pozytywna ocena, która nie jest zgodna z przeżywanym przez rozmówcę obrazem samego siebie, może wywołać negatywne emocje. Pozytywne ocenianie innych może być nadużywane w celu osiągnięcia ukrytych korzyści i mani-

pulowania. Może sprawić, że chwalenie będzie traktowane jako nieszczerze i wzbudzi u rozmówcy wątpliwości.

#### **„Savoir-vivre” pielęgniarstwa**

- Używamy form grzecznościowych, nawet jeżeli nasz rozmówca ich nie stosuje.
- Rozpoczynając rozmowę po raz pierwszy z daną osobą witamy się i przedstawiamy się: „*Dzień dobry Pani/Panu/Państwu, jestem pielęgniarzką szkolną, chciałabym porozmawiać o..., proszę tu usiąść. Może podać Pani/Panu/Państwu wodę?*”.
- W szkołach ponadpodstawowych zwłaszcza w ostatnich klasach, należy rozważyć formę zwracania się do ucznia (Pan/Pani), szczególnie podczas spotkań w klasach.
- Do dorosłych rozmówców zwracamy się „*proszę pana/proszę pani*”. Nie używamy formy TY! Pamiętajmy, że zwrot „*pani Kaziu*” też jest formą mówienia na ty i nie każdy rozmówca to akceptuje.
- Używamy zwrotów osobowych proszę: „*proszę usiądź tu...*”, „*czy mogłaby pani podczas tej lekcji zwolnić uczniów na fluoryzację?*”
- Przepuszczamy rozmówcę przodem w korytarzach i przejściach (mamy go w polu widzenia).
- Gdy rozmówca stoi, też wstajemy – szczególnie w obecności osób starszych. Jeśli nie chcemy wstawać, zapraszamy go do zajęcia miejsca siedzącego.
- Nie okazujemy zniecierpliwienia, nie podnosimy głosu.
- Nie komentujemy zachowania osoby z którą rozmawiamy i jej wyglądu ani tego co mówi.

#### **Literatura uzupełniająca:**

1. T. Gordon: Wychowanie bez porażek. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa, 1991r.
2. J. Stewart (red.): Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2003r.
3. Dale G. Leathers: Komunikacja niewerbalna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007r.
4. S.P. Morreale, B.H. Spitzberg, J. K. Barge: Komunikacja między ludźmi. Motywacja, wiedza i umiejętności. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007r.
5. <http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/results?action=SearchAction&QI=A16B1549A4E511C694DE6536A12541EC-80&isRemote=off&isExpandable=on&queryType=-6&roleId=subject&&query=%22komunikacja+interpersonalna+w+szkole%22>
6. [http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/docmetadata?id=333&dirids=1&ver\\_id](http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/docmetadata?id=333&dirids=1&ver_id)
7. [http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/docmetadata?id=609&from=&dirids=1&ver\\_id=&lp=37&QI=A16B1549A4E511C694DE6536A12541EC-150](http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/docmetadata?id=609&from=&dirids=1&ver_id=&lp=37&QI=A16B1549A4E511C694DE6536A12541EC-150)



# PRZYTULANIE NIEZBĘDNE DO ŻYCIA.

## „BY PRZEŻYĆ, TRZEBA NAM CZTERECH UŚCISKÓW DZIENNIE. BY ZACHOWAĆ ZDROWIE OŚMIU”

Agnieszka Fiedorowicz

Przytulajmy się – nie tylko w walentynki! Dotyk okazuje się wyjątkowo ważny dla naszego rozwoju, inteligencji i zdrowia. Pozbawieni go, umieramy.

Budzę się. Ciasno wtulony w moje ramię śpi spokojnie mój czteroletni syn. Obok pod pachą mego męża posapuje sześciolatnia córka. Przyszli w nocy czy nad ranem? Czy coś im się przyśniło niefajnego? Czy po prostu chcieli się przytulić? Patrząc na nich, mam nadzieję, że nigdy z przytulania nie wyrosną. Dla mnie przytulanie jest naturalne jak oddychanie, potrzebuję go każdego dnia. I nie tylko ja.

Amerykańska psychoterapeutka Virginia Satir uważała, że „by przeżyć, trzeba nam czterech uścisków dziennie. By zachować zdrowie, trzeba ośmiu. By się rozwijać – dwunastu”. Próbuję na szybko zsumować liczbę codziennych „głasków” w naszej rodzinie: poranne tulenie męża przy ekspresie do kawy, dzieci w szkolnej i przedszkolnej szatni (niezliczona ilość powtórek), przytulenie koleżanki, której tata jest w szpitalu. Tarmoszenie psa, który nie zdaje sobie sprawy, że nie jest już szczeniakiem, tylko 35-kilogramowym owczarkiem i bez skrępowania łąduje się na kolana. Przy czytaniu książek, oglądaniu telewizji. Tulenie kucyka. Łezki w czasie jazdy konnej (plus głaskanie całego stajennego przychówku: od kotów przez kozy i osła). Głaski na dobranoc. Wychodzi sporo ponad dwanaście!

### Uwodzenie przez głaskanie

Dotyk, jak udowodnił francuski badacz Nicolas Guéguen, pomaga już na etapie nawiązywania znajomości. Jego 21-letni pomocnik przez trzy tygodnie zagadnął 120 kobiet w nocnym klubie. Przedstawiał się i proponował taniec, w połowie przypadków lekko dotykając ramienia pytanej. W drugim badaniu trzej badacze starali się zdobyć numer telefonu 240 kobiet, mówiąc im, że są piękne i chcieliby się z nimi umówić na kolację. Wyniki obu eksperymentów pokazały siłę dotyku: w klubie zaproszenie do tańca przyjmowało 43 proc. kobiet, ale po dotknięciu – już 65 proc.; na ulicy badacze dostali numer telefonu 10 proc. zaczepionych, po dotknięciu ta liczba wzrosła dwukrotnie. Jak tłumaczy w książce „59 sekund” prof. Richard Wise-

man: „Delikatny dotyk jest postrzegany jako oznaka wysokiej pozycji. Szczególnie dotyczy to dotknięcia ramienia kobiety przez mężczyznę”.

### Koczownicy lubili się przytulać

„Pokaż mi, jak reagujesz na dotyk, a powiem ci, z jakiego kręgu kulturowego jesteś” – żartuje Leon Ciechanowski. Generalnie im dalej na północ, tym większy dystans między ludźmi i zmniejszone przyzwolenie na dotyk. Do kultur o dużym dystansie, tzw. zimnych, zaliczają się obok Skandynawów m.in. Japończycy oraz Chińczycy, a do ciepłych południowcy: Latynosi, Włosi, Grecy czy Hiszpanie. „Jedna z hipotez wskazuje, że dystans zależy od tego, czy dany lud był osiadły, czy koczowniczy; te ostatnie kultury są bardziej ciepłe i gościnne, bo to zapewniało im przetrwanie” – tłumaczy Ciechanowski. Kulturowych różnic związanych z dotykiem jest więcej. „Np. w Indiach akceptowalny jest dotyk między mężczyznami, na ulicach często widać mężczyzn trzymających się za ręce, albo nawet za małe palce u rąk, w krajach arabskich dozwolone jest powitanie znajomych mężczyzn przez pocałowanie w policzek. Tego typu kontakt w kulturze zachodniej dozwolony jest dla dziewcząt, ale w przypadku chłopców często wywołuje homofobiczne komentarze”. W Indiach dobrze widziane jest też, by osobę darzoną szacunkiem: rodzica czy nauczyciela, witać, dotykając palców jego stóp.

„Osoba, która nas delikatnie dotyka, wydaje nam się bliska, sympatyczna, co sprawia, że chętniej spełnimy jej prośbę – w jednym z badań grupa studentów, która była przypadkowo dotykana – chętniej zgadzała się wziąć udział w eksperymencie” – dodaje Leon Ciechanowski, psycholog i kulturoznawca z Uniwersytetu SWPS. Jak zauważa, jeszcze ważniejszy niż sam dotyk jest jego kontekst – czyli kto i w jakich okolicznościach nas dotyka. W eksperymencie przeprowadzonym w 2012 roku heteroseksualnym mężczyznom badano aktywność mózgu za pomocą fMRI (funkcjonalnego rezonansu magnetycznego). W czasie badania oglądali film z osobą, która ich dotyka – raz kobiety, raz mężczyźni, i równocześnie rzeczywiście byli dotykani. Dotyk kobiety był odbierany jako zdecydowanie bardziej przyjemny; obszar pierwotnej kory czuciowej reagował wyraźniej.



„Mężczyźni zostali jednak oszukani, gdyż choć oglądali dwa rodzaje nagrań, cały czas dotykani byli przez kobiety” – tłumaczy Leon Ciechanowski. Wynik ten zaskoczył badaczy, gdyż do tej pory uważano, że kora czuciowa odpowiada jedynie za identyfikację prostych parametrów dotyku jak jego siła.

### Od pierwszego dotyku

Język dotyku jest skomplikowany, ale to zarazem pierwszy język, jaki opanowujemy. „To nasze pierwsze narzędzie kontaktu ze światem, zmysł ten wykształca się bardzo wcześnie, już około ósmego tygodnia życia płodu” – mówi Leon Ciechanowski. Ten zmysł jest też kluczowym narzędziem poznawania świata przez noworodki, które jeszcze niezbyt dobrze widzą i słyszą. Dziecko głaskane i przytulane uspokaja się, a mając poczucie bezpieczeństwa, otwiera się na świat. „Warto dodać, że to najrozleglejszy z naszych zmysłów, jego narząd, czyli skóra, ma u dorosłego około dwóch metrów kwadratowych powierzchni i waży kilka kilogramów, niemal 15 proc. masy ciała” – wyjaśnia badacz. „Prawidłowo rozwijające się niemowlę próbuje złapać wszystko, co jest w zasięgu jego ręki, a gdy tylko zdoła chwycić przedmiot, wkłada go do ust i wysysa z niego każdy bit informacji dotykowej” – pisze dr Martin Grunwald w książce „Human Haptic Perception”.

I dodaje: „Żadna forma życia nie miałaby szans na samodzielną egzystencję bez zmysłu dotyku, dlatego też w przyrodzie nie spotyka się zupełnego braku tego zmysłu”.

A jego niedobór ma fatalne skutki dla wielu gatunków. Młode szczury, które badacze oddzielali od matki, zaczynały wydzielać mniej hormonu wzrostu. Stan ten wracał do normy, gdy uczeni głaskali gryzonie wilgotnym pędzelkiem. Znacznie gorzej reagowały małpy: pozbawione dotyku w dzieciństwie nie potrafiły później odnaleźć się w stadzie. Były „głuche na emocje”. „Przez długi czas sądzono, że do rozwoju ssaków naczelnych wystarczające jest zapewnienie im pożywienia. Ale już prowadzone w latach 50. XX wieku doświadczenia obaliły tę tezę” – mówi Leon Ciechanowski. Harry Harlow z Uniwersytetu of Wisconsin-Madison odseparował od matek młode makaki. Zastąpił je dwiema kukłami: drucianą i drugą, z miękkiej tkaniny. Mimo że tylko druciana „mama” była wyposażona w butelkę z mlekiem, małpki, mając do wyboru obie opiekunki, wołały kontakt z tą, do której mogły się przytulić.

„Prowadzone także w XX wieku obserwacje dzieci wychowywanych w sierocińcach pokazały, że dotyk jest niezbędny nie tylko do rozwoju, ale w ogóle do życia” – dodaje Leon Ciechanowski. Jako pierw-

szy zaobserwował to zjawisko węgierski psychiatra Rene Spitz. Porównał on rozwój dzieci z dwóch żłobków: więziennego, w którym dzieci na co dzień stykały się ze swoimi mamami, oraz z ochronki, prowadzonej przez siostry zakonne, które co prawda karmiły i myły podopiecznych, ale w ogóle ich nie przytulały. Śmiertelność w tym ostatnim zakładzie była druzgocąca: umierało co trzecie dziecko, podczas gdy w więziennym żłobku ani jedno. Jedyną zmienną był dotyk. Prowadzone przez kolejne dziecięciolecia badania pokazały, że nietulone dzieci gorzej przybierają na wadze i są zdecydowanie mniej odporne niż ich tuleni rówieśnicy.

### Oksytocyna dobra na wszystko

Jak to możliwe, że dotyk czyni takie cuda? „To oksytocyna, tzw. hormon miłości. Odpowiada on za budowanie więzi, jego poziom wzrasta po narodzinach dziecka, ale także wtedy, gdy do tykamy kogoś, na kim nam zależy” – wyjaśnia Ciechanowski. Oksytocyna sprawia, że czujemy się szczęśliwi i bezpieczni. „Jej wydzielanie hamuje nasz układ współczulny, który uaktywnia się w razie niebezpieczeństwa. W takiej sytuacji uciekamy lub walczymy, ale gdy już pokonamy wroga, przychodzi moment uspokojenia – właśnie oksytocyną. Ten mechanizm jest tak niezbędny i silny, że działa nie tylko, gdy przytulamy osobę bliską, ale także zupełnie obcą, a nawet zwierzę lub maskotkę. Bez tego mechanizmu nasze ciało byłoby w ciągłym stresie, który może prowadzić do śmierci. W jednym z eksperymentów szczury wkładano do klatki, której podłoga cały czas traktowała zwierzęta impulsem elektrycznym. Dawka była niewielka, ale ciągły stres, jakiemu poddawano zwierzęta, sprawiał, że po pewnym czasie poddawały się i umierały” – dodaje.

Prawdopodobnie podobny mechanizm działał na dzieci w ochronkach. Doświadczwały ciągłego stresu, a przy braku dotyku i oksytocyny nie potrafiły sobie z nim poradzić. Brak dotyku sprawiał, że traciły też zainteresowanie światem i przestawały się rozwijać. „Niemota, wycofanie z kontaktu, kiwanie” – tak w 1994 roku Mary Carlson i jej mąż Felton Earls, uczeń Harry’ego Harlowa, opisywali symptomy, jakie wykazywały dzieci z rumuńskich sierocińców, którymi nikt się nie interesował. Wraz z psychologiem dziecięcym Josephem Sparlingiem postanowili sprawdzić, czy „siniaki w mózgu”, które powoduje brak dotyku, da się zaleczyć. W jednej z grup zwiększono liczbę opiekunek, tak że jedna przypadała nie na dwadzieścioro, lecz na czworo dzieci, dzięki czemu mogły okazać więcej czułości każdej z sierot. Wyniki były szokujące: w ciągu roku dzieciom z grupy przytulanej

obniżył się poziom kortyzolu, hormonu stresu, w ślinie – podwyższał się tylko rano po przebudzeniu, a potem wracał do normy, podczas gdy w innych grupach podnosił się około południa i utrzymywał na stałym, zbyt wysokim poziomie przez cały dzień. Nawet po 18 miesiącach od zakończenia programu lepiej radziły sobie ze stresem, choć bez przytulania ich zyskane przez dotyk umiejętności społeczne słabły.

### Broń sprzedawców

Jonathan Levav i Jennifer Argo wykazali, że nawet lekkie klepięcie w tył ramienia ułatwia podejmowanie ryzykownych decyzji finansowych. 67 badanych miało do wyboru: bezpieczną wypłatę pieniędzy lub zaryzykowanie większej nagrody (z 50-procentową szansą na jej zdobycie). Część uczestników na początku badania została przez badaczkę lekko dotknięta w tył ramienia. Osoby z grupy „dotkniętej” częściej wybierały ryzykowną opcję zdobycia nagrody w porównaniu z grupą kontrolną. Badanie Nicolasa Guégiena wykazało z kolei, że 25 proc. klientów, którzy podczas składania zamówienia byli delikatnie dotykani przez kelnera, zostawiło napiwek. W grupie kontrolnej szczodrość spadała do 11 proc.

Inne badania prowadzone na rumuńskich sierotach wykazały, że miały one gorzej niż rówieśnicy rozwiniętą tzw. korę okołoooczdolową. Rozwija się ona w ciągu pierwszych trzech lat życia pod wpływem interakcji społecznych. Umożliwia m.in. wczuwanie się w przeżycia innych ludzi i wyciąganie wniosków na podstawie ich stanów umysłu, kontrolę zachowań emocjonalnych oraz reakcje na sygnały emocjonalne płynące od innych osób.

„Najnowsze badania potwierdzają, że dotyk jest kluczowy na bardzo wczesnym etapie rozwoju” – dodaje Ciechanowski. Naukowcy z Wydziału Psychologii Uniwersytetu Wisconsin-Madison porównali czteroletki wychowywane w rodzinach z tymi, które mniej więcej do 16. miesiąca życia wychowywały się w sierocińcach, ale potem trafiły do rodzin zastępczych. Dzieci grały z rodzicami w grę komputerową, której zadania wymagały np. dotykania palców opiekuna czy utulenia. Mierzono im w moczu stężenie oksytocyny oraz wazopresyny, której prawidłowy poziom jest niezbędny do rozpoznawania bliskich nam osób. W obu grupach kontakt z obcą osobą nie spowodował wzrostu hormonów. Podobnie było w kontakcie dzieci z rodzicami zastępczymi. Natomiast w kontakcie dzieci z ich rodzicami poziom hormonów rósł.

Oksytocyna nie tylko obniża poziom kortyzolu czy ciśnienia krwi. „Działa też rozluźniająco i przeciwbólowo. Dotykanie czy masaż jest metodą terapii stosowaną w takich schorzeniach jak migreny” – wylicza

Leon Ciechanowski. Ten lek stosujemy odruchowo: np. gdy dręczy nas ból głowy, przyciskamy ręce do czoła. Chorem z nadciśnieniem wystarczyło codziennie przez kwadrans lekko uciskać plecy i kark, by po trzech tygodniach ciśnienie spadło do poziomu umożliwiającego zmniejszenie dawki leków – wykazały badania przeprowadzone na Uniwersytecie Południowej Florydy w Tampa. O jedną trzecią udało się z kolei ograniczyć dawkę leków przeciwbólowych u chorych cierpiących na migreny i fibromię, gdy do terapii włączano dwa seanse masażu w tygodniu.

Naukowcy z Wydziału Psychiatrii i Nauk Behawioralnych Cedars-Sinai w Los Angeles wykazali z kolei, że uciskanie pobudza też organizm do produkcji białych krwinek, a zwłaszcza limfocytów T i B, które pomagają zwalczać wirusy i bakterie. W grupie, która była przez 45 minut masowana, nie tylko wzrastał we krwi poziom białych krwinek, ale też spadał poziom tzw. cytokin zapalnych, czyli białek, które wywołują choroby autoimmunologiczne, m.in. toczeń. Tajemnica włókna CT Bódźce dotykowe odbieramy za pośrednictwem 1,5 mln receptorów znajdujących się na skórze (najwięcej jest ich na dłoniach i ustach). Gdy wychwycą ucisk lub pogłaskanie, wysyłają przez nerwy obwodowe sygnały do mózgu. „Do niedawna sądziliśmy, że te same zakończenia nerwowe odpowiadają za swędzenie, łaskotanie czy ból. Okazało się jednak, że włókna różnią się między sobą funkcjami i szybkością przesyłania informacji do mózgu” – mówi Leon Ciechanowski.

Najszybsze są tzw. włókna A-beta, wyposażone w osłonki mielinowe. Dzięki tym szybkim łączom natychmiast odrywamy rękę po dotknięciu gorącego piekarnika. Włókna C, pozbawione mieliny, niosą informację 50 razy wolniej niż A-beta. Odpowiadają m.in. za swędzenie czy tępy ból, pojawiający się powoli np. po stłuczeniu kolana. Najciekawsze jednak są tzw. włókna CT, które znajdują się jedynie na skórze przedramienia czy pleców. Reagują na delikatny dotyk (czyli głaskanie i tulenie), ale informacja z nich dociera prosto do centralnego układu nerwowego, pobudzając tzw. układ nagrody, czyli poczucie przyjemności.

Już w latach 40. zlokalizowano je u kotów, u ludzi ich istnienie udało się potwierdzić dopiero na początku lat 90. XX w. „Jedną z hipotez związanych z tymi włóknami mówi, że dzięki dotykowi i dostarczanej przezeń przyjemności nauczyliśmy się współpracować w grupie” – dodaje Ciechanowski. Dotyk jest więc językiem uniwersalnym, który łączy nas jako społeczeństwo. Tymczasem wielu z nas więcej czasu poświęca dziś na dotykanie ekranu telefonu niż ukochanej osoby.

źródło: Focus 2/2016

# ISTOTA ZAPACHÓW

Bożena Pawłowska

*Świat bez zapachów nie byłby tak pięknym jakim jest. To zapach jest dopełnieniem barw i wyobrażeń o naszym otoczeniu. Bez wątpienia nasze życie bez zapachów byłoby uboższe.*

Każdy z nas ma własne upodobania zapachowe, bowiem wrażenia węchowe są sprawą osobniczą. Jedni posiadają większą inni zaś mniejszą wrażliwość na zapachy. Odbieranie wrażeń węchowych zależy od wielu czynników m.in.: od nastroju, genów, typu skóry, diety, przyjmowanych leków, stanu zdrowia czy cyklu rozwojowego (u kobiet wrażliwość na zapachy zmienia się wraz z cyklem miesięczkowym). Kobiety ciężarne czy karmiące odczuwają zapachy znacznie intensywniej niż inne osoby.

## Jak to się dzieje, że odczuwamy zapachy?

W jamie nosowej posiadamy miliony komórek węchowych, które co 3 miesiące ulegają odnowieniu. Cząstki związków chemicznych i ich mieszanin w postaci lotnej zwanych zapachem, docierają do błony śluzowej nosa gdzie znajdują się receptory węchowe. Odbierają one impuls zapachowy i zamieniają go w impuls elektryczny, który drogą nerwu węchowego dociera do mózgu.

Wyróżniamy kilka podstawowych zapachów:

- kwiatowy,
- owocowy,
- żywiczny,
- korzenny,
- spalenizny,
- potowy,
- spermo-podobny,
- moczopodobny,
- gnilny lub rybi.

Podobnie jak pogoda zapach wpływa na naszą stronę fizyczną i psychikę. Powoduje wydzielanie śliny, enzymów trawiennych może powodować utratę apetytu. Przykry zapach powoduje nagłe wycofanie, miły zapach przyciąga. Doznania węchowe mimowolnie sterują naszymi odruchami.

Zapach to także wizytówka każdej żywej istoty. Ma to związek z funkcjonowaniem feromonów. Nazwa feromon pochodzi od greckiego pherein – przekazywać, hormon – pobudzać. Feromony to naturalne substancje lotne, wydzielane na zewnątrz organizmu i służące do komunikacji między osobnikami tego samego gatunku. Udowodniono istnienie feromonów u owadów, ssaków, gadów, płazów. Osobnik wydzielający feromon wysyła sygnał zapachowy

w kierunku drugiego osobnika. Odbiorca sygnału nieświadomie ulega wpływowi substancji.

Istnieją osoby, które są zupełnie niewrażliwe na zapachy. Ten rodzaj skazy genetycznej zwany jest anosomią. Brak odczuwania zapachów dotyczy 2-3% całej populacji ludzkiej. Około 1/4 osób z zaburzeniami węchu przestaje odczuwać popęd seksualny. Gdy coś nam dolega, kiedy trapi nas ból fizyczny lub borykamy się z depresją nasz węch ulega osłabieniu. Długotrwałe przebywanie w otoczeniu intensywnego zapachu powoduje zmniejszenie wrażliwości komórek węchowych i sprawia, że mózg na te wrażenia staje się obojętny.

Nasze ciało wytwarza swoisty zapach. Zdarzają się sytuacje gdy zapach ciała, pomimo dbałości o higienę, staje się nieprzyjemnie intensywny. Pot ulega rozkładowi pod wpływem flory bakteryjnej dając silny zapach.

## Co może być powodem takiego dyskomfortu?

- Nadmierna potliwość wywołana przegrzaniem, pobudzeniem emocjonalnym czy chorobami np.: nadczynnością tarczycy.
- Parodontoza, ropień okołomigdałkowy, przyjmowanie leków, powodują powstanie przykrego zapachu w jamie ustnej.
- Cukrzyca źle leczona daje zapach acetonu.
- Z niewydolnością wątroby wiąże się zapach stęchły, słodkawy, przypominający świeżą ziemię.
- Niewydolności nerek towarzyszy zapach amoniaku.
- Nieprzyjemny zapach okolic intymnych wiąże się z pojawieniem się upławów, infekcji białych układu moczowo-płciowego.

Zapachy zmieniają nasz nastrój i stan umysłu, przywołują wspomnienia. Aż 75% powstających w nas emocji wyzwała zapach. To dzięki aromatom możemy się relaksować bądź mobilizować.

Właściwości zapachów i ich wpływ na poprawę ogólnej kondycji organizmu odkrył chemik francuski Rene-Marice Gatefosse. Terapię zapachami nazywał aromaterapią.

W aromaterapii olejki zapachowe stosuje się na skórę w postaci masażu, kąpeli lub kompresów lub przez układ oddechowy – jako inhalacje.



Stosowanie olejków zapachowych zwiększa energię, poprawia stan skóry, obniża stopień napięcia nerwowego, zmniejsza dolegliwości bólowe.

### Jak poszczególne zapachy wpływają na nasz organizm?

- Zapach róży pomaga zasnąć i zapewnia dobry sen, a także obniża ciśnienie krwi i spowalnia oddech.
- Lawendowy aromat wspomaga koncentrację i hamuje spadek energii po spożytym posiłku, uaktywnia hormony odpowiadające za uczucie szczęścia.
- Cytrynowy dodaje energii.
- Kawowy koi nasze nerwy.
- Eukaliptusowy poprawia czujność.
- Waniliowy ma działanie wyciszające.
- Zapach miętowy wraz z innymi aromatami zapychem cynamonowym czy truskawkowym wzmacnia wydolność organizmu i wpływa na poprawę koncentracji.
- Woń hiacyntu, jaśminu, mandarynki czy irysa poprawia pamięć.

### Kilka rad dla osób używających perfum:

- Im więcej alkoholu w perfumach, tym szybciej stracą swój aromat.

- Perfumy powinny być przechowywane z daleka od źródła światła czy ciepła (para wodna i wysoka temperatura w łazience powodują zmianę zabarwienia i zapachu).
- U każdej osoby perfumy będą pachniały inaczej zależy to od: pH skóry i działania hormonów.
- Perfumy należy aplikować na miejsca gdzie pulsuje krew (przeguby dłoni, zgięcia łokci, kark, skronie, zgięcia kolan).
- Nie należy rozcierać perfum na skórze można w ten sposób podrażnić naskórek a zapach zmieni charakter.
- Stosując długo ten sam zapach przestajemy go odczuwać to sygnał, żeby dokonać zmiany.
- Przed opalaniem nie należy stosować żadnych perfum, bowiem pod wpływem olejku bergamotowego pojawiają się ciemne przebarwienia na skórze.

Typ skóry oddziałuje na zapach nanoszony na nią. Jeżeli zapach zastosujemy na skórę tłustą stanie się on intensywniejszy, zaś na skórze suchej szybciej się ulotni.

Często nie zdajemy sobie sprawy jak zapach wpływa na nasze życie, ale niewątpliwie nadaje on emocji wszystkiemu co robimy.

## PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z RANĄ

Irena Samson

*Czym możemy zacząć wyobrażać sobie, co czuje pacjent patrzący, jak gnije część jego ciała i musi żyć z okropnym zapachem wydzielanym z rany patrzeć na reakcje odwiedzających go ludzi (także lekarzy i pielęgniarek) i widzieć, że oznacza to nadciągającą go powoli śmierć*

A. Murphy

Rany przewlekłe stanowią bardzo poważny problem pielęgnacyjny. Nielezione lub leczone nieodpowiednio mogą stanowić przyczynę zakażenia, powodując nieprzyjemne dla pacjenta dolegliwości, pogorszenie jakości życia.

Niemal każda pielęgniarka w czasie wykonywania swoich obowiązków styka się z poważnym problemem. Rany w opiece długoterminowej to duży problem pielęgnacyjny, kliniczny i społeczny. Znajomość patofizjologii, zasad profilaktyki i metod leczenia ran w znacznym stopniu pozwoli na szyb-

kie reagowanie i właściwe otoczenie specjalistyczną opieką i leczeniem pacjenta, kiedy rozwijająca się rana jest jeszcze do wyleczenia i nie stwarza zagrożenia dla zdrowia i życia.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. (Dz. U. Nr 210 poz. 1540) pielęgniarka ma prawo „samodzielnie dobrać metody opatrywania ran, oparzeń, odleżyn (do III stopnia włącznie) oraz przetok pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego leczenia ran.

Problem zapewnienia opieki długoterminowej osobom z niepełnosprawnością i przewlekle chorych, ze względu na skalę zjawiska jest dużym wyzwaniem na najbliższe lata. Obszarem opieki długoterminowej rządzą generalne zasady: konieczność, indywidualność i holistyczne podejście. Skutecznym modelem opieki geriatrycznej jest organizowanie opieki, której zadaniem jest jak najdłuższe utrzymanie w pełni sprawności i samodzielności funkcjonowania we własnym środowisku.

Istotnym zagadnieniem w wymiarze psychospołecznym jest obciążenie rodziny chorego zwłaszcza na poziomie fizycznym (opieka), psychicznym (poczucie bezradności, cierpienie często ból) i socjalnobytowym (wydatki).

Przystępując do opracowania ran należy uwzględnić nie tylko jej stan, ale również czynniki wpływające na gojenie, choroby współistniejące i sytuację socjalną i stan psychiczny chorego.

Celem opracowania łóżyska rany wg. schematu TIME jest stworzenie optymalnych warunków gojenia ran, w wyniku którego dążymy do zmniejszenia obrzęku, wysięku i usunięcia zaburzeń, które opóźniają zagrożenie rany.

Występowanie trudno gojących się ran jest jednym z ważnych problemów pielęgnacyjnych i realizowanych w procesie pielęgnowania. Rany przewlekle powodują znaczne zwiększenie wydatków związanych z leczeniem i rehabilitacją, stanowiąc poważne obciążenie zarówno dla budżetu samego pacjenta, jak i dla NFZ. Warto jednak zauważyć, że pielęgniarstwa opieka w domu jest znacznie tańsza w porównaniu z leczeniem szpitalnym prowadzonym przez szpitale lub zakłady opiekuńczo-lecznicze.

Różnorodność form i rodzajów współczesnych materiałów opatrunkowych, pozwala na skuteczne i wygodne leczenie ran. Dobór odpowiedniego opatrunku wymaga wiedzy i doświadczenia, znajomość charakterystyki, budowy i mechanizmu działania nowoczesnych opatrunków oraz zaleceń ekspertów dotyczących opracowania łóżyska rany. Sposób postępowania, w tym dobór odpowiedniego opatrunku, ma szczególne znaczenie w przypadku trudno gojących się ran, których wyleczenie nie następuje mimo zachowania najwyższych standardów terapii Europejskiego Towarzystwa Leczenia Ran (EWMA) w 2004 ogłoszone zalecenia dotyczące opracowania łóżyska rany w modelu TIME i Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran.

Należy pamiętać, iż pielęgniarka jest osobą kompetentną i wraz z wykonywaniem czynności terapeutyczno-opiekuńczych jednocześnie powinna

prowadzić psychoterapię i edukację zarówno chorego jak i opiekunów.

Zawsze należy pamiętać, że opieka nad pacjentem nie powinna być skoncentrowana jedynie na „pielęgnowaniu” rany, ale także na elementach wchodzących w skład wykonywanych świadczeń. Powinna być skoncentrowana całościowo na pacjencie i dotyczyć m.in. zdolności chorego do samoopieki, stanu odżywienia i wsparcia rodziny.

Należy zdać sobie sprawę, że tak zarysowana problematyka wymaga przedstawienia wielu szczegółowych zagadnień.

Często chorzy zadają wiele trudnych pytań „Jak długo będzie się goić?”, „Czy mogę umrzeć z tego powodu?”

W praktyce zdarza się, że wiele dużych, powikłanych ran nie udaje się wyleczyć pomimo zastosowania rekomendowanych i akceptowanych metod leczenia, ale poprzez świadczenie opieki nad pacjentem udaje się uzyskać zmniejszenie dolegliwości bólowych, ale poprawić jakość życia, która powinna przejawiać się nie tylko w funkcjonowaniu fizycznym, ale duchowym i społecznym. Rozwój opieki domowej długoterminowej, środowiskowej stworzył nowe obszary samodzielnej działalności zawodowej w różnych sytuacjach wynikających z dbałości o zdrowie czy radzenia sobie w chorobie, niepełnosprawności lub starości.

Mam nadzieję na jeszcze szersze zainteresowanie problematyką ran a w efekcie przybliżenie pielęgniarkom ścieżki rozwoju zawodowego w zakresie specjalizowania się i pomocy rodzinom i osobom niepełnosprawnym i chorym niezależnie od rodzaju rany.

*mgr Irena Samson – Pielęgniarka, Konsultant Wojewódzki ds. Pielęgniarstwa Przewlekle Chorych i Niepełnosprawnych (woj. pomorskie), Specjalista Opieki Długoterminowej Specjalistka leczenia ran, Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran*

# WZW A W NATARCIU

opracowała Monika Szydłowska

**WZW A (wirusowe zapalenie wątroby typu A)**, inaczej „**żółtaczka pokarmowa**”, to ostra choroba zakaźna wywołwana przez wirus zapalenia wątroby typu A (HAV) odkryty w 1973 roku. Jest on odpowiedzialny za ostre stany zapalne i uszkodzenie miąższu wątroby. Szacuje się, że wirusowe zapalenie wątroby typu A stanowi ok. 59 proc. wszystkich przypadków WZW na świecie i ok. 40 proc. wszystkich przypadków WZW w Europie. Rocznie notuje się ok. 1,2-1,4 mln zachorowań. U 20 proc. chorych wymaga bezwzględnej hospitalizacji. Śmiertelność jest niska i wynosi 0,6-2,1 proc.

Na przestrzeni lat notowany jest wyraźny spadek zachorowań na WZW A, głównie w wyniku poprawy warunków sanitarnych i higieny społeczeństwa (lepszą czystość wody pitnej, nowoczesne systemy kanalizacji i oczyszczania ścieków, kontrola nad skażeniem żywności, mniejsze zagęszczenie ludności, itp.). Jednak nadal na całym świecie co 8-20 lat dochodzi do tak zwanych epidemii wyrównawczych (lokalnych – szkoły, żłobki, przedszkola, miasta, regiony). Wiąże się to z wyczerpaniem odporności zbiorowej i wzrastającym odsetkiem ludzi podatnych na zakażenie, co w sprzyjających okolicznościach może spowodować wybuch epidemii. Zapadalność jest wówczas bardzo wysoka i często sięga wartości powyżej 700/100 tys. Ostatnia epidemia wyrównawcza w Polsce miała miejsce w 1996 roku z największą liczbą zachorowań w pasie nadmorskim. Od tego czasu do 2017 roku w całym kraju odnotowywano najwyżej kilkadziesiąt przypadków zachorowania rocznie.

Obecnie, zdaniem specjalistów, w Polsce można już mówić o epidemii wirusowego zapalenia wątroby typu A. W 2016 roku zanotowano jedynie 35 przypadków tej choroby. Od początku 2017 roku do końca listopada w całym kraju zarejestrowano ponad 2 600 przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A. Najgorsza sytuacja jest na Śląsku, gdzie do 30 listopada zanotowano 438 zachorowań na tę chorobę.

W ok. 95 proc. przypadków do zakażenia dochodzi drogą pokarmową (fekalno-oralną), poprzez spożycie:

- wody (także w formie kostek lodu) zakażonej przez osoby wydalające wirus HAV z kałem, a nie poddaną skutecznym zabiegom dezynfekcyjnym,

- żywności, np. umytych w zakażonej wodzie warzyw lub owoców lub ryb, owoców morza z wód zanieczyszczonych zakażonymi fekaliami.

W rzadkich przypadkach do zakażenia dochodzi:

- poprzez bliski kontakt z osobami zakażonymi (chory może zarażać 14-21 dni przed i ok. 7 dni po wystąpieniu objawów choroby),
- drogą kontaktów seksualnych (zwłaszcza analnych) bez zabezpieczeń.

Istnieje potencjalne, lecz niewielkie ryzyko zakażenia drogą naruszenia ciągłości tkanek (drogą krwi).

Warto wiedzieć, że zakażenie HAV u większości dzieci – w odróżnieniu od osób dorosłych – przebiega bezobjawowo lub skąpoobjawowo, dlatego stanowią one ważne źródło zakażenia i odgrywają podstawową rolę w szerzeniu się wirusa. Zachorowalność na wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW A) jest największa w wieku 5-14 lat, prawie 1/3 wszystkich zachorowań dotyczy dzieci do 15. roku życia.

Grupy ryzyka zakażenia HAV obejmują:

- podróżujących z krajów o niskiej endemiczności w obszary hiperendemiczne (Bliski i Daleki Wschód),
- osoby skoszarowane – wojsko, policja,
- personel medyczny,
- chorych na hemofilię i inne dziedziczne niedobory czynników krzepnięcia,
- osoby pracujące przy produkcji i dystrybucji żywności,
- osoby z przewlekłymi chorobami wątroby zwłaszcza WZW B i C,
- dzieci uczęszczające do żłobków,
- osoby uzależnione od środków odurzających,
- mężczyźni mających kontakty seksualne z mężczyznami,
- pracowników kanalizacji, wodociągów, oczyszczania miasta.

## Objawy

W zależności od dominujących objawów wyróżnia się **postaci**:

1. beżżółtaczkową (najczęstsza)
2. z żółtaczką
3. cholestatyczną.

Choroba często przebiega bezobjawowo lub podklinicznie. Objawy podmiotowe są zmienne;



najczęściej występują: męczliwość, nudności, wymioty, ból brzucha, mięśni i stawów, a w postaci cholestatycznej – świąd skóry. W okresie prodromalnym może się pojawić nieznaczne powiększenie wątroby, a w postaciach z żółtaczką ściemnienie moczu i rozjaśnienie stolca.

Tydzień przed pojawieniem się pełnej postaci choroby mogą wystąpić tzw. **objawy zwiastunowe** – grypopodobne i dyspeptyczne (nudności, biegunka). Następnie pojawia się najbardziej charakterystyczny i widoczny objaw choroby – żółtaczka (żółknięcie skóry i twardówek oczu), której może towarzyszyć powiększenie wątroby. Dzieje się tak, ponieważ w organizmie zwiększa się poziom bilirubiny. Żółtaczka znika po około miesiącu.

Ponadto pojawiają się:

- złe samopoczucie,
- osłabienie,
- gorączka,
- brak apetytu,
- nudności i wymioty,
- ból brzucha,
- ból mięśni i stawów,
- świąd skóry,
- ciemniejsze zabarwienie moczu,
- odbarwiony stolec.

Objawy ostre ustępują najczęściej po kilku dniach.

## Diagnozowanie

W przypadku podejrzenia WZW A wykonuje się badania krwi. Jeśli doszło do zakażenia, stwierdza się zwiększenie w osoczu aktywności enzymów wskaźnikowych wątroby aminotransferazy asparaginianowej i alaninowej oraz wzrost stężenia bilirubiny. Ostateczne rozpoznanie stawia się na podstawie wyników badania serologicznego, wykrywającego przeciwciała anty-HAV.

## Leczenie

Choroba ustępuje samoistnie w ciągu maksymalnie 6 miesięcy. Nie ma leku, który przyspieszyłby eliminację wirusa z organizmu. Choremu zaleca się ograniczenie aktywności fizycznej, odpowiednią dietę i nawodnienie. W razie nasilonego świądu pacjentowi można podawać cholestyraminę.

## Powikłania

Powikłania WZW A są groźne i mogą doprowadzić do śmierci. Należą do nich cholestaza (zastój żółci, żółtaczka cholestatyczna), anemia aplastycz-

na (aplazja szpiku), ostra niedokrwistość hemolityczna czy nadostre zapalenie wątroby.

Ponadto może dojść do nawrotów (w 10-20 proc. przypadków).

Zakażenie HAV nie prowadzi do rozwoju marskości wątroby i pierwotnego raka wątroby. Wirus HAV nie wywołuje przewlekłego zapalenia wątroby.

## Zapobieganie

Przeniesienie wirusa HAV następuje drogą pokarmową lub przez brudne ręce na drobinkach kału czy śluzu, najczęściej pomiędzy osobami pozostającymi ze sobą w bliskim kontakcie. Wirus może znajdować się na produktach pokarmowych. Ważne jest więc przestrzeganie następujących zasad:

- myj ręce po skorzystaniu z toalety, spowoduje to spłukanie wirusa i pozbycie się go w dużej mierze z dłoni,
- przestrzegaj zasad higieny, także podczas przygotowywania posiłków,
- spożywaj potrawy po obróbce termicznej (gotowane, pieczone, smażone). Unikaj zwłaszcza niegotowanego mięsa, skorupiaków oraz kupowania żywności na ulicznych straganach
- pij wyłącznie butelkowaną lub przegotowaną wodę (zwłaszcza podczas pobytu za granicą),
- chroń jedzenie przed owadami.

## Zasady żywienia w czasie rekonwalescencji po wirusowym zapaleniu wątroby typu A

*Dieta bogatobiałkowa* – Obliczając zapotrzebowanie na białko należy przyjąć średnio 1,3-1,5 g białka na kilogram masy ciała. Osobie ważącej 70 kg zaleca się spożywanie 91-105 g białka dziennie.

Zaleca się szczególnie produkty pochodzenia zwierzęcego

- mięso drobiowe, cielęce, sery twarogowe, jogurty, kefiry, maślanki,
- *chude produkty mleczne* – należy wybierać chude serki twarogowe, mleko, napoje mleczne, jogurty i kefiry o obniżonej zawartości tłuszczu. Zabronione jest spożywanie żółtych i topionych serów, śmietany o zawartości tłuszczu większej niż 9% oraz tłustych serów twarogowych,
- w *ograniczonych ilościach tłuszczu* – zabrania się dodawania tłuszczów podczas przygotowywania potraw. Dozwolone jest dodawanie olejów roślinnych albo świeżego masła do gotowych już potraw. Zabrania się jedzenia smalcu, boczku, słoniny oraz masła i margaryny do smażenia,

- *węglowodany z obniżoną zawartością błonnika* – zaleca się pieczywo pszenne i mąkę pszenną, kaszę manną, kukurydzianą, makaron typu „nitki”, ryż, płatki jęczmienne i owsiane,
- *należy ograniczyć spożycie pieczywa razowego, mąki żytniej, grubych makaronów, kaszy gryczanej i jaglanej,*
- *chude mięso i wędliny zamiast tłustych* – należy wybierać chude gatunki mięs: indyka, kurczaka i cielęciny. Z wędlin natomiast chude szynki i wędliny drobiowe oraz polędwicę. Nie jest wskazana wieprzowina i wołowina oraz kiełbasy, pasztety i wędliny konserwowe,
- *chude ryby* – np. dorsz, mintaj lub sandacz. Należy ograniczyć jedzenie tłustych ryb. Zabrania się spożywania konserw rybnych oraz ryb marynowanych,
- *warzywa i owoce* – wskazana jest marchew, pomidory, seler, dynia, truskawki, poziomki, maliny, czarne jagody, porzeczki, borówki, jeżyny, pomarańcze, cytryny, grapefruity, mandarynki. Nie zaleca się natomiast kapusty, kalafiora, brukselki, rzodkiewki, cebuli, czosnku, pora, grochu oraz fasoli,
- *ziemniaki* – wskazane jest jedzenie ugotowanych i w formie puree. Nie zaleca się jedzenia frytek i pieczonych,
- *należy unikać produktów ciężkostrawnych* (np. potraw tłustych, smażonych, śmietany, wywarów mięsnych), *wzdymających* (np. grochu, fasoli, kapusty, czereśni, śliwek), *ostrych przypraw* (pieprzu, papryki, chilli) oraz *mocnej kawy i herbaty*,
- *spożywać posiłki często, ale w małych porcjach* – należy pamiętać o spożywaniu ciepłych dań, najlepiej 5 razy dziennie,
- *dozwolone sposoby przygotowywania potraw* – gotowanie na parze i w wodzie, duszenie bez dodatku tłuszczu oraz pieczenie w folii. *Zabronione jest jedzenie produktów smażonych i duszonych z dodatkiem tłuszczu,*
- *różnorodność na talerzu* – jedzenie powinno być urozmaicone, nie można zapominać o jedzeniu zarówno warzyw i owoców, produktów zbożowych, produktów nabiałowych, tłuszczów roślinnych oraz mięsa.

### **Epidemia WZW A? – szczepionka może jej zapobiec**

Jedynym skutecznym sposobem zapobiegania WZW A jest szczepienie ochronne. Po kompletnym cyklu szczepienia w ciele powstają przeciwciała, które mogą chronić przed żółtaczką typu A

nawet przez całe życie. Wymagane są dwie dawki szczepionki podane w schemacie 6-12 miesięcy.

Warto wiedzieć, że zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych, szczepienie przeciwko WZW A jest zalecane:

- dzieciom chodzącym do przedszkola i szkół podstawowych oraz młodzieży, która nie chorowała na WZW typu A,
- osobom wyjeżdżającym do krajów, gdzie obserwuje się wysoki wskaźnik zachorowań na żółtaczkę typu A,
- osobom zatrudnionym przy produkcji i dystrybucji żywności,
- osobom, które pracują przy usuwaniu odpadów komunalnych,
- pracownikom służby zdrowia,
- osobom z grupy ryzyka (homoseksualiści, osoby, które są poddawane transfuzjom krwi, narkomani – przy przyjmowaniu narkotyków dożylnie).

### **Szczepionka przeciw WZW typu A – przeciwwskazania**

Szczepionka nie powinna być podana osobom, które:

- zmagają się z chorobami objawiającymi się wysoką gorączką,
- są uczulone na którykolwiek składnik preparatu.

Szczepionki przeciw WZW typu A nie należy podawać także kobietom w ciąży, ponieważ nie wiadomo, jak szczepionka wpływa na rozwój płodu.

Szczepionki przeciwko WZW typu A są dostępne, nie są one jednak objęte kalendarzem szczepień – są zalecane a nie obowiązkowe, a więc nie są bezpłatne.

Ze względu na duży wskaźnik zachorowalności i podstawowe znaczenie w szerzeniu się zakażenia HAV, program szczepień ochronnych powinien obejmować przede wszystkim dzieci. Rutynowe szczepienie dzieci przeciwko WZW A pozwoli:

- ograniczyć zachorowania w grupie o największym wskaźniku zachorowalności
- wyeliminować podstawowe źródło zakażenia starszych dzieci i niektórych dorosłych
- w przyszłości, gdy zaszczepione dzieci wejdą w dorosłe życie, zapobiegać także zakażeniom u dorosłych osób, ponieważ szczepienie zapewnia długotrwałą odporność.

W ostatnim czasie Inspekcja Sanitarna obliuguje do zachowania „wzmoczonej czujności epidemiologicznej”.

Na czym powinna ona polegać?

1. Zgłaszanie podejrzenia lub rozpoznania WZW A do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w ciągu 24 h – niezgłaszanie powoduje zafałszowanie sytuacji epidemiologicznej co stanowi zagrożenie dla zdrowia publicznego.
2. „Czułość w przychodniach” – w uzasadnionych przypadkach badanie fizykalne wykonywać w rękawicach jednorazowych i jednorazowym fartuchu – odpad zakaźny, czerwony worek, bezwzględne przestrzeganie procedury higieny rąk, przekazanie pacjentowi informacji o zasadach postępowania ograniczających możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby, dezynfekcja gabinetu i powierzchni dotykowych w poczekalni i toalecie.
3. „Czułość w szpitalach”  
Izolacja kontaktowa, środki ochrony indywidualnej, bezwzględne przestrzeganie procedury higieny rąk, edukacja pacjenta i odwiedzających w zakresie zasad izolacji potwierdzona w dokumentacji. W przypadku większej liczby pacjentów – kohortacja w wydzielonej części oddziału, stosowanie jednorazowych naczyń i sztućców. Ograniczanie przemieszczania się chorego. W przypadku transportowania lub wykonywania badań diagnostycznych – poinformowanie osób narażonych na zagrożenie.
4. Dezynfekcja  
Wirus HAV to wirus bezotoczkowy, żeby go unieszkodliwić należy zadziałać na jego struktury wewnętrzne. Aby to osiągnąć należy zastosować preparat o pełnej skuteczności wirusobójczej (Polio, Adeno, Noro). W przypadku powierzchni skuteczność potwierdzona również w warunkach brudnych.
5. Szkolenia  
Podstawową częścią profilaktyki zakażeń jest edukacja. Edukacja dostosowana do odbiorcy, bo w tym przypadku edukować trzeba nie tylko personel ale przede wszystkim, pacjenta i jego otoczenie. Brak tego elementu edukacji może skutkować rozprzestrzenianiem się zakażeń na inne osoby.

## Podsumowanie

WZW A stanowi ok. 50% wszystkich wirusowych zakażeń wątroby. W wyniku poprawy warunków sanitarnych i higieny społeczeństwa (lepszą czystość wody pitnej, nowoczesne systemy kanalizacji i oczyszczania ścieków, kontrola nad skażeniem

żywności, mniejsze zagęszczenie ludności) zmniejszyła się liczba zachorowań w poprzednich latach.

Pojawiły się jednak nowe czynniki ryzyka: coraz większa mobilność społeczeństwa i szerzenie się ruchów antyszczepionkowych.

### Pamiętajmy zatem:

- **najważniejszym sposobem zapobiegania rozpowszechnianiu się HAV jest higiena,**
- **warto rozważyć zaszczepienie się, szczególnie jeśli jesteśmy w grupie ryzyka.**

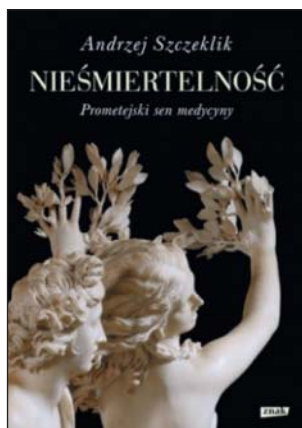
### Literatura uzupełniająca:

1. Małgorzata Fleischer, Bogumiła Bober Gheek, Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego. Wydanie II poprawione i uzupełnione.
2. Wawrzynowicz-Syczewska M., Wirusowe zapalenie wątroby typu A. Choroby zakaźne i pasożytnicze wyd. II
3. Miksa G., Mrozińska M. Wirusowe zapalenie wątroby typu A – nowoczesna, skuteczna, bezpieczna metoda zwalczania epidemii WZW A, „Przewodnik Lekarza”
4. Informacja dla Poradni w sprawie WZW A w związku zaistniałą sytuacją epidemiologiczną- <https://www.pssewawa.pl>
5. Wiesław Magdzik, Danuta Naruszewicz-Leśniak, Andrzej Zieliński PZH, (red.) Wakcynologia
6. Wirus zapalenia wątroby typu A (HAV), [www.prometeusze.pl/hav.php](http://www.prometeusze.pl/hav.php)
7. Wiesław Magdzik (red.) Choroby zakaźne i pasożytnicze. Zapobieganie i zwalczanie. wyd. II.
8. Waldemar Halota, Małgorzata Pawłowska, Zakażenia. Szczepienia przeciwko wirusowym zapaleniom wątroby typu A i B
9. Żywnienie w WZW typu A – [www.prozdrowie.pl](http://www.prozdrowie.pl)
10. Pielęgniarka epidemiologiczna Nr 3

Andrzej Szczeklik

## Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny

Wydawnictwo: Znak



Najnowszą książkę Andrzeja Szczeklika czyta się, jak i poprzednie, z zachwytem i podziwem dla erudycji i stylu Profesora, ale też ze ściśniętym sercem – oto czytamy dzieło wydane pośmiertnie, niezwykłym zbiegiem okoliczności zatytułowane przez Autora **Nieśmiertelność**. Podtytuł **Prometejski sen medycyny** mówi o marzeniach Wielkiego Lekarza, które podzielał ze swoimi słynnymi poprzednikami oraz badaczami współczesnymi – o ludzkim pragnieniu nieśmiertelności.

Andrzej Szczeklik był obserwatorem, świadkiem, a także współtwórcą niebywałego postępu, jaki za jego życia dokonał się w medycynie. O najnowszych badaniach nad klonowaniem, genomem i osiągnięciach medycyny nuklearnej pisał w sposób porywający i zrozumiały dla zwykłych śmiertelnych – podobnie jak o mitologii i magii, medycynie starożytnych Egipcjan i Greków, rytuałach Azteków i szamanów syberyjskich. Etyczne dylematy nauki współczesnej przestrzegaliśmy z perspektywy człowieka głęboko zakorzenionego w kulturze i wartościach.

**Nieśmiertelność** pozostanie testamentem wielkiego humanisty, który współczesna medycyna powinna – w swoim i naszym interesie – odczytać i wypełnić.

źródło: <https://www.znak.com.pl>

Angelika Kuźniak, Ewelina Karpacz-Oboładze

## Krótką historia o długiej miłości

Wydawnictwo: Znak



Na początku rozmawiali przy użyciu alfabetu Morse'a. Kawałkiem metalu lub kłosem stukali w dzielącą ich ścianę. Pewnej nocy ona opowiedziała mu całą historię Tristana i Izoldy. Gdy przeniesiono ich do innych więzień, pisali do siebie listy. W jednym tak Ju pisał do Małej: „Cóż za radość szalona – otrzymałem dwa listy od Ciebie. Dwa nowe strumienie otuchy...”. Pierwszy raz – bez krat, siatek i zasuw – zobaczyli się na swoim ślubie.

Mała i Ju to pseudonimy Wiesławy Pajdak i Jerzego Śmiechowskiego – łączniczki i żołnierza Polskiej Podziemnej walczącej z niemieckim okupantem. Za działalność niepodległościową po II wojnie światowej zostali skazani na lata stalinowskiego więzienia. Tam właśnie się w sobie zakochali. Jak czyta się te przejmujące wiadomości, krzepiące słowa zamkniętego w więzieniu Jerzego Śmiechowskiego do ukochanej Ju to serce po prostu mięknie. Od lat nie trafiłam na nic bardziej wzruszającego od tej książki, którą polecam nie tylko romantikom, ponieważ zdecydowanie nie brakuje tu również dramatów i wielu ciekawostek historycznych, dla których kupiłam tę książkę po przejrzeniu kilku pierwszych stron. Nie zawiodłam się. Zaserwowano mi ogrom silnych emocji, polecam.

źródło: <https://www.znak.com.pl>



# SENTENCJE

*Człowiek ujawnia swoją osobowość w sposobie traktowania innych*

Stefan Wyszyński

*My wszyscy, kiedy jesteśmy zdrowi, łatwo dajemy rady chorym*

sentencja łacińska

*Najbardziej interesującą powierzchnią na świecie jest twarz ludzka*

Georg Christoph Lichtenberg

*Pracownik nie jest winien swemu pracodawcy służalczości i posłuszeństwa.  
Jest mu jedynie winien usługę, za którą otrzymuje zapłatę, będącą nie łaską,  
lecz zasłużonym wynagrodzeniem*

Ludwig von Mises

*Istnieje obecnie tylu geniuszów, że należy być zadowolonym,  
gdy niebo obdarzy nas dzieckiem, które nie jest genialne*

Georg Christoph Lichtenberg

*Głupstwo w blasku sławy najczęściej bywa nierozpoznane.  
Przeciwnie, przyjmowane jest jako mądrość, ponieważ sukces, sława je uświęca*

Sławomir Mrozek

*Zawsze wyglądaj tak, jakbyś miała spotkać miłość swojego życia lub najgorszego wroga*

Coco Chanel

## BEATYFIKACJA PIEŁĘGNIARKI HANNY CHRZANOWSKIEJ

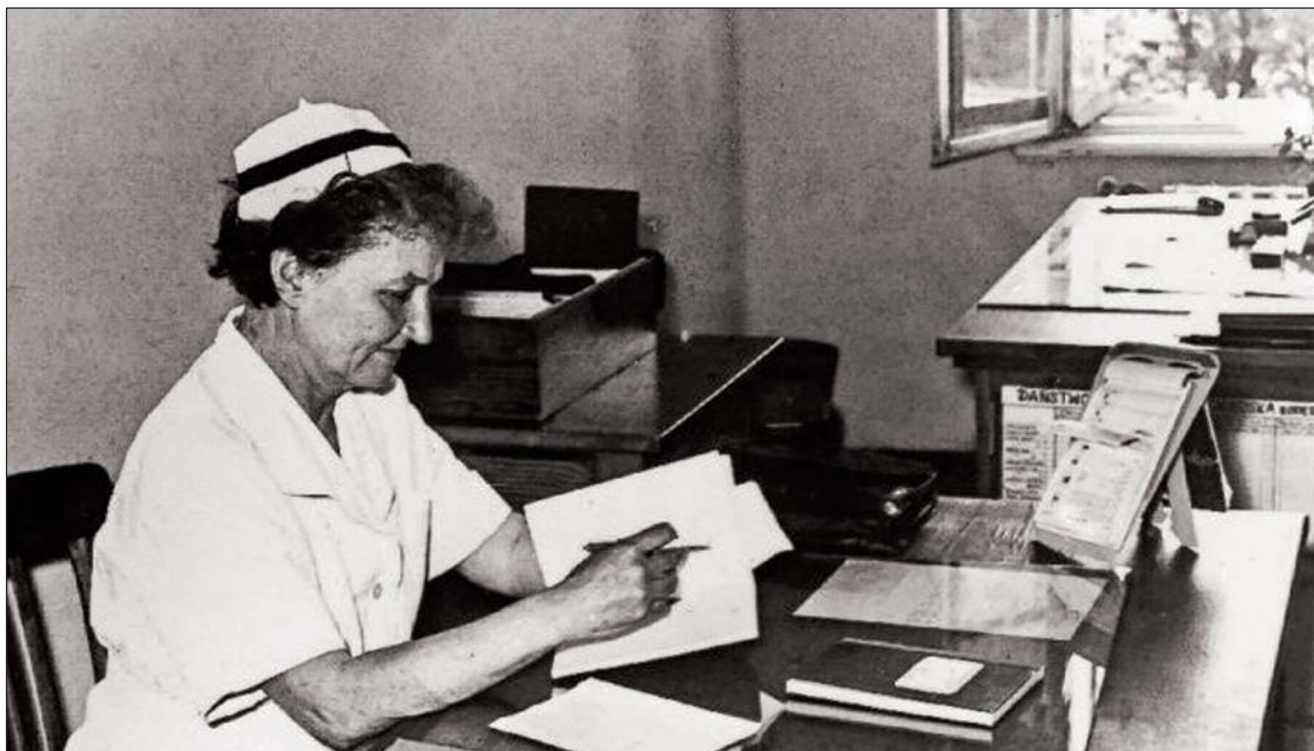
**Hanna Chrzanowska** (1902-1973) – polska pielęgniarka, działaczka charytatywna, pedagog, instruktorka i prekursorka pielęgniarstwa rodzinnego, domowego i parafialnego, wiceprzewodnicząca oraz członek Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych, naczelna redaktor czasopisma Pielęgniarka Polska, pisarka, współorganizatorka Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Czcigodna Służebnica Boża Kościoła Katolickiego.

**Beatyfikacja odbędzie się 28 kwietnia 2018 roku** (45 lat po jej śmierci!) w bazylice Bożego Miłosierdzia w Łagiewnikach. Proces beatyfikacyjny tej niesamowitej kobiety, pielęgniarki i współpracownicy Karola Wojtyły rozpoczął się w 1998 roku, a 7 lipca 2017 roku papież Franciszek opublikował **dekret o uznaniu cudu dokonanego za jej wstawiennictwem**, stanowiący podstawę do jej beatyfikacji.

„Czy rozumiem godność swojego zawodu? Jaki jest mój stosunek do chorego?  
Czy nie uchylam się od istotnego pielęgnowania chorych, uciekając się do wykonywania zabiegów wyższych? A przecież chorzy najbardziej odczuwają naszą miłość kiedy ich myjemy, karmimy, kiedy ich układamy... Czy ze zdwojoną życzliwością pielęgnowałam nieprzytomnych, dzieci, starców? Czy otaczałam specjalną opieką zatroskanych i płaczących...?”

To fragment „Rachunku sumienia pielęgniarki”.

Napisała go Hanna Chrzanowska.



Urodziła się 7 października 1902 r. w Warszawie, mieszkała przy ul. Senatorskiej 38. W 1910 roku rodzina przeniosła się do Krakowa.

### **Powołanie**

Po maturze w Krakowie w 1920 r. podjęła decyzję wyboru zawodu pielęgniarki, w tym roku rozpoczęła także pracę w Klinice Chirurgicznej przy ul. Kopernika 40. W latach 1920-1922 podjęła naukę na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego, studiując polonistykę.

W okresie 1922-1924 podjęła naukę w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, przy ul. Smolnej 8. W styczniu 1925 r. w ramach stypendium Rockefellera pojechała na studia pielęgniarstwa społecznego do Paryża.

Po powrocie z Paryża z początkiem 1926 r. objęła posadę instruktorki pielęgniarstwa społecznego w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie, po czym została wysłana na kolejne stypendium Rockefellera do Belgii, aby poznać zasady pracy pielęgniarki – higienistki szkolnej. Po powrocie do Polski poświęciła się pracy pedagogicznej, szkoląc nowe zastępy pielęgniarek.

W 1925 r. została członkinią Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. Brała aktywny udział w pracach nad ustawą o pielęgniarstwie. W latach 1929-1939 objęła posadę redaktora naczelnego czasopisma Pielęgniarka Polska oraz zamieszczając w nim wiele pisanych przez siebie artykułów.

Po wybuchu II Wojny Światowej wyjechała z Warszawy do Krakowa, gdzie włączyła się do pracy w organizacji charytatywnej. Następnie działała w konspiracji. Uczestniczyła w pracach Polskiego Komitetu Opiekuńczego w Sekcji Pomocy Wysiedlonym jako kierownik działu opieki domowej, później jako przewodnicząca Sekcji Opieki nad Przesiedlonymi i Uchodźcami. Opiekowała się także więźniami współpracując z Patronatem Opieki nad Więźniami w Krakowie. Po wyzwoleniu Krakowa w styczniu 1945 r. pracowała do marca tegoż roku jako przewodnicząca Sekcji Pomocy Przesiedleńcom, udzielając pomocy powracającym z Rzeszy przymusowym robotnikom i repatriantom.

1 kwietnia 1945 roku uczestniczyła w przygotowaniu reaktywacji Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek i Higienistek do pracy, która wkrótce przekształciła się w trzyletnią szkołę Pielęgniarsko-Położniczą.

W 1946 r. wyjechała wraz z koleżankami na roczne stypendium UNRRA do Stanów Zjednoczonych, w celu zapoznania się z działaniem nowojorskiego pielęgniarstwa domowego. Następnie skierowana przez Ministerstwo Zdrowia prowadziła w różnych miastach Polski kursy doszkalające dla pielęgniarek. W szkole Instruktoerek w Warszawie prowadziła wykłady z metodyki nauczania. Począwszy od 1957 r., w którym powstało Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, okresowo pracowała w jego Zarządzie Głównym, a następnie w Komisji Historycznej. Ponadto przez wiele

lat współpracowała z Okręgową Komisją Kontroli Zawodowej w Krakowie.

Od 1955 r. organizowała konferencje i coroczne rekolekcje dla pielęgniarek. Napisała wówczas tzw. *Rachunek sumienia pielęgniarki*, który był potem rozdawany uczestnikom tych rekolekcji. W tych latach organizowała również wyjazdy do Częstochowy, na Jasną Górę, będące zjazdami służby zdrowia, mimo nieprzychylnego wówczas stanowiska władz państwowych.

Z początkiem roku szkolnego 1957/58 została przeniesiona do Kobierzyna, by tam objąć stanowisko dyrektorki Szkoły Pielęgniarstwa Psychiatrycznego.

Była pomysłodawczynią systemu tzw. pielęgniarstwa parafialnego. Przekonywała proboszczów do rozszerzania opieki nad chorymi w domu w obrębie parafii, a siostry zakonne do współpracy. Wprowadziła nowy rodzaj niesionej pomocy, polegającej na tym, że oprócz pomocy duchowej i materialnej chory mógł oczekiwać także pomocy od pielęgniarki przychodzącej do jego domu. W 1958 r. wprowadziła zwyczaj zanoszenia potraw wigilijnych oraz sporządzania skromnych paczek świątecznych do domów ubogich chorych. Ponadto jej zasługą był pomysł wprowadzenia mszy świętych w domach ludzi chorych, a szczególnie chorych przewlekle czy też zorganizowanie w 1964 r. rekolekcji dla nich w Trzebini. W swoich planach widziała również potrzebę stworzenia stałego domu, gdzie chorzy mogliby przyjechać na pewien czas na odpoczynek lub na zorganizowane wczasy.

Inspiracje do dalszej pracy czerpała poprzez rozwój swojej duchowości, m.in. uczestniczenie w codziennej mszy świętej czy też korzystanie z sakramentu Eucharystii.

W 1966 r. zachorowała na chorobę nowotworową. 12 lutego 1973 wygłosiła na spotkaniu Dyrektorów Diecezjalnych Duszpasterstwa Dobroczynności swój ostatni referat pt. *Apostolstwo świeckich w opiece nad chorymi*. 28 kwietnia straciła przytomność, a następnie około godz. 4:00, 29 kwietnia zmarła.

Została pochowana w rodzinnym grobowcu na Cmentarzu Rakowickim. Kardynał Karol Wojtyła w czasie mszy żałobnej powiedział m.in.:

*Dziękujemy Ci Pani Hanno, za to, że byłaś wśród nas; że byłaś taka, jaka byłaś. Dziękuję Ci za to opiekunki chorych, siostry zakonne, pielęgniarki, młodzież akademicka – cały Kościół krakowski. Dziękuję Ci za to, jako biskup Kościoła krakowskiego. Byłaś dla mnie ogromną pomocą i oparciem. A raczej dziękujemy Bogu za to, że byłaś wśród nas taka, jaka byłaś – z tą Twoją wielką prostotą, z tym wewnętrznym spokojem,*

*a zarazem z tym wewnętrznym żarem; że byłaś wśród nas jakimś wcieleniem Chrystusowych błogosławieństw z Kazania na Górze; zwłaszcza tego kiedy mówił: Błogosławieni miłosierni. Dziękujemy Panu Bogu za to życie, które miało taką wymowę, które pozostawiło nam takie świadectwo; tak bardzo przejrzyste, tak bardzo czytelne...*

Gdy umarła, tysiące Krakowian żegnały ją ze łzami w oczach, a kondukt żałobny prowadził sam kardynał Karol Wojtyła. Kobieta o wielkim sercu, pielęgniarka, instruktorka, gotowa nieść pomoc tym, od których wszyscy odwracali wzrok.

6 kwietnia 2016 r. odbyła się ekshumacja jej szczątków z Cmentarza Rakowickiego, po czym przeprowadzono w Instytucie Medycyny Sądowej w Krakowie stosowne badania a następnie zostały one złożone następnego dnia (7 kwietnia) w obecności kard. Franciszka Macharskiego po uroczystej mszy świętej do krypty pod ołtarzem Niepokalanego Poczęcia NMP, kościoła św. Mikołaja przy ulicy Kopernika 9.

### Beatyfikacja

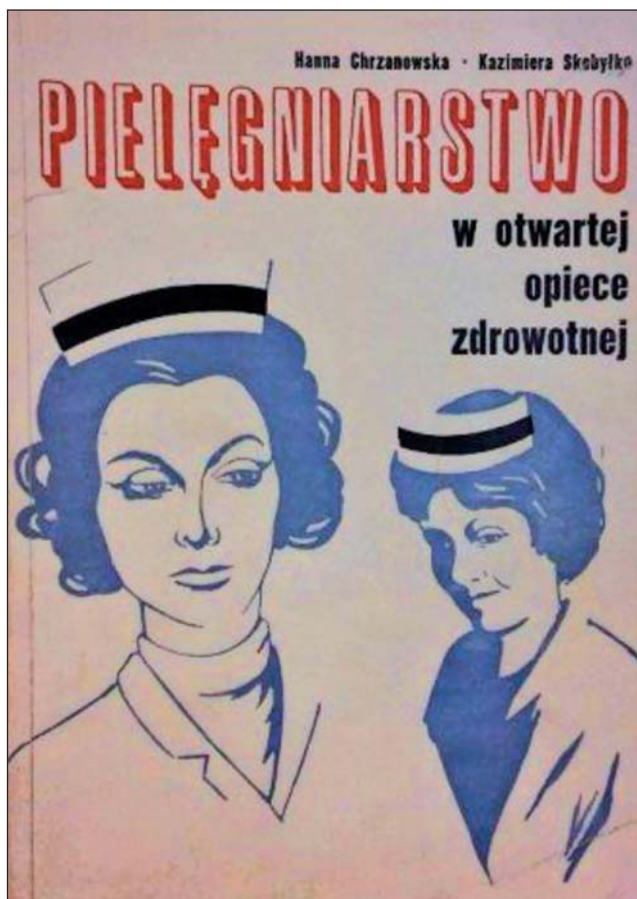
25 lat po śmierci Hanny Chrzanowskiej rozpoczął się proces beatyfikacyjny. W 2015 r. ogłoszono dekret o heroiczności jej życia i cnót. **Do beatyfikacji brakowało tylko cudu. Obecnie za cud uznano nadzwyczajne wydarzenie z 2001 r.**

Wtedy bowiem 66-letnia kobieta doznała wylewu krwi do mózgu, połączonego z jednoczesnym lekkim zawałem serca. Efektem był paraliż obu nóg i jednej ręki. Jej stan był na tyle katastrofalny, że nie nadawała się do operacji. Dlatego też przewieziono ją na oddział zachowawczy. Tam z chorą nie było kontaktu, a personel utrzymywał jedynie jej czynności wegetatywne: oddychanie, bicie serca itd. Nie dawano kobiecie dużych szans na przeżycie. Gdyby jednak nawet nie umarła i odzyskała przytomność, to i tak na zawsze pozostałaby jej „pamiątka” po wylewie i zawale: osłabienie siły i zasięgu sparaliżowanych wcześniej nóg i ręki, czyli ich niedowład; zaburzenia mowy oraz ciągła hospitalizacja.

Wszystko jednak skończyło „happy endem”. **W czasie śpiączki chorej przyśniła się jej Hanna Chrzanowska. Uśmiechała się i zapewniała: „Wszystko będzie dobrze”.**

Wkrótce kobieta wybudziła się ze śpiączki, a zaskoczeni lekarze stwierdzili, że ich pacjentka nie tylko normalnie mówi, ale też rusza unieruchomionymi do tej pory kończynami. Leczenie trwało jeszcze jakiś czas, ale mieszkanka Krakowa wróciła do zdrowia.





## Publikacje Hanny Chrzanowskiej

W młodości zaczęła pisać wiersze, a następnie napisała pod pseudonimem Agnieszki Osieckiej trzy powieści: *Niebieski klucz* (1934), *Krzyż na piaskach* (1938) i *Płonący śnieg*.

Ponadto jest autorką paru pozycji dotyczących pielęgniarstwa:

- Hanna Chrzanowska, Teresa Kulczyńska: *Zabiegi pielęgniarstwa*. Wyd. 1. Kraków: Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych w Warszawie, 1938.
- Hanna Chrzanowska: *Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej*. Wyd. 1. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1960.
- Hanna Chrzanowska (pod red. Izabeli Ćwiertni): *Rachunek sumienia pielęgniarki*. Kraków: Wyd. Arbor, 2002.

Czytaj więcej: <http://www.polskatimes.pl/strona-kobiet/kobieta-tygodnia/a/hanna-chrzanowska-by-la-kobieta-niezwykla-fragment-ksiadzki,11920676/>

Źródło: wikipedia

Opracowanie Danuta Mioduszevska

## Podziękowania

Pani **Annie Kustrze** Pielęgniarkę Oddziałowej II Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Nefrologii Szpitala Bielańskiego im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Warszawie w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, za profesjonalizm, życzliwość, za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Pełnomocnik Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Oddziałowe oraz Pielęgniarki i Pielęgniarze ze Szpitala Bielańskiego.

Pani **Danucie Białeckiej** Pielęgniarkę Oddziałowej Oddziału Kardiologicznego Szpitala Bielańskiego im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Warszawie w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową za profesjonalizm, życzliwość, za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Pełnomocnik Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Oddziałowe oraz Pielęgniarki i Pielęgniarze ze Szpitala Bielańskiego.

Pani **Bogusławie Mijas** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowanie za wieloletnią pracę. Jednocześnie życzymy zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym

– Pielęgniarka Naczelna i Zespół Pielęgniarek II Kliniki Chorób Płuc IGiCHP w Warszawie.

Paniom Położnym:

**Reginie Kwiatkowskiej i Jadwidze Zabiegła** oraz Paniom Pielęgniarkom:

**Danucie Dąbroś, Ewie Poniatowskiej**

i **Elżbiecie Barańskiej** serdeczne podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość i koleżeńskość z najlepszymi życzeniami zdrowia oraz pomyślności w życiu osobistym składają Pielęgniarka Naczelna oraz pielęgniarki i położne CZMZ Sp. z o.o. w Żyrardowie

Paniom Pielęgniarkom: **Czesławie Nawalnej-Kosińskiej, Elżbiecie Szamborskiej, Danucie Bujak, Halinie Kuźmińskiej, Ewie Sobieraj, Hannie Bartosiak, Elżbiecie Królak** – w związku z przejściem na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią pracę



zawodową, profesjonalizm, koleżeństwo, życzliwość, wsparcie i cierpliwość, wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności oraz spełnienia marzeń składa Dyrekcja oraz koleżanki i koledzy z Instytutu Matki i Dziecka.

Pani **Annie Rosie** w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za długoletnią pracę wykonywaną z ogromnym zaangażowaniem i empatią, za profesjonalizm, za oddanie, życzliwość za godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, za wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają Pielęgniarka Oddziałowa z Zespołem Pielęgniarskim i Lekarskim Stacji Dializ WIM w Warszawie.

Pani **Helenie Trzmiel** starszej pielęgniarki Oddziału Noworodkowego Szpitala Powiatowego w Garwolinie serdeczne podziękowania za profesjonalizm, zaangażowanie, empatię, uśmiech i życzliwość wraz z życzeniami zdrowia i pomyślności w życiu osobistym składają: Naczelna Pielęgniarka, Pielęgniarka Oddziałowa i zespół pielęgniarek z SPZOZ w Garwolinie.

Pani **Marii Falkowskiej** Pielęgniarki Kliniki Neurologii w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki SP CSK Banacha 1a w Warszawie.

Paniom: **Barbarze Kargol, Elżbiecie Michalak i Marioli Rękawek** położnym szpitala powiatowego w Garwolinie, w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, profesjonalizm, życzliwość, koleżeństwo, przekazywanie swojej wiedzy młodszym koleżankom oraz godne reprezentowanie zawodu położnej z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składa Naczelna Pielęgniarka wraz z zespołem Położnych i Pielęgniarek SPZOZ w Garwolinie.

Drogiej Koleżance **Annie Drewicz** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, zaangażowanie i godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki oraz za życzliwość i koleżeństwo wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności oraz spełnienia marzeń składają: Zastępca Dyrektora ds Pielęgniarstwa wraz z całym zespołem pielęgniarskim Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie.

**Grażynie Jasińskiej, Grażynie Kędzierskiej i Halinie Zielińskiej** pielęgniarkom POZ w Garwolinie w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za długoletnią pracę zawodową, za profesjonalizm i życzliwość, za koleżeństwo oraz za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia i pomyślności w życiu osobistym składają: Naczelna Pielęgniarka oraz koleżanki z SPZOZ w Garwolinie.

Pani **Teresie Tkaczyk-Kucharskiej** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki SP CSK Banacha 1a w Warszawie.

Pani **Mirosławie Jagodzińskiej** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki SP CSK Banacha 1a w Warszawie.

Pani **Marii Wyszomirskiej** Pielęgniarki Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki SP CSK Banacha 1a w Warszawie.

Pani **Barbarze Krzysik** w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności składają Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wraz z pielęgniarkami i położnymi Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Pani **Barbarze Relek** Pielęgniarki Kliniki Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki SP CSK Banacha 1a w Warszawie.



Pani **Ewie Maksymowicz** Pielęgniarce Szpitalnej Izby Przyjęć w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki SP CSK Banacha 1a w Warszawie

W związku z przejściem na emeryturę drogim koleżankom: **Alinie Suwała i Elżbiecie Miastek**, serdeczne podziękowania za długoletnią, pełną, zaangażowania pracę zawodową, życzliwość, koleżeńskość i wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają Koleżanki oraz Dyrekcja Instytutu Kardiologii w Warszawie.

Serdeczne podziękowania dla koleżanek pielęgniarek: Paniom **Ewie Dźwigale i Ewie Mireckiej** z okazji odejścia na emeryturę serdeczne podziękowanie za poświęcenie, oddanie i trud włożony w opiekę nad pacjentami, z życzeniami zdrowia – bo to najcenniejszy dar oraz radości – bo to radość sprawia, że chce nam się żyć. Za wspólnie spędzone lata dziękują pracownicy I Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego im. Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie.

Pani **Jolancie Staszkiwicz** Pielęgniarce Kliniki Chorób Wewnętrznych, Hematologii i Onkologii w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki SP CSK Banacha 1a w Warszawie.

Paniom **Ewie Kurylak, Małgorzacie Jaworskiej, Elżbiecie Szostakiewicz** w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności składają Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wraz z pielęgniarkami i położnymi Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Z okazji przejścia na emeryturę składamy Pani **Teresie Romańskiej** oraz Pani **Stanisławie Chmielewskiej** serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, zaangażowanie, profesjonalizm oraz godne reprezentowanie zawodu wraz z życzeniami zdrowia, radości i wszelkiej pomyślności w życiu osobistym. Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa z całym zespołem pielęgniarskim Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii w Zagórz.

Paniom: **Romualdzie Kwiatkowskiej, Mariannie Wierzbickiej, Marii Niemczyk i Jolancie Michalczuk** w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, profesjonalizm i zaangażowanie wraz z życzeniami zdrowia, szczęścia oraz powodzenia w życiu osobistym składają Dyrekcja SPZOZ Warszawa Wola-Śródmieście.

Pani **Grażynie Wojciechowskiej** Starszej Pielęgniarce Edukatorowi ds. Diabetologii Kliniki Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę zawodową, profesjonalizm, życzliwość i koleżeńskość, oddanie pacjentom, cierpliwość i wyrozumiałość wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia oraz pomyślności w życiu osobistym składają: Koordynator ds. Pielęgniarstwa z Zespołem oraz pielęgniarki i położne CSK MSWiA w Warszawie.

Pani **Iwonie Zarębskiej** Starszej Pielęgniarce Kliniki Otolaryngologii serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, profesjonalizm, odpowiedzialność i życzliwość z najlepszymi życzeniami zdrowia oraz pomyślności na dalsze lata składają: Koordynator ds. Pielęgniarstwa z Zespołem oraz pielęgniarki i położne CSK MSWiA w Warszawie.

Pani **Renacie Krawczyk** Starszej Pielęgniarce Centralnej Sterylizacji w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość i koleżeńskość z najlepszymi życzeniami realizacji marzeń, zdrowia oraz pomyślności w życiu osobistym składają: Koordynator ds. Pielęgniarstwa z Zespołem oraz pielęgniarki i położne CSK MSWiA w Warszawie.

Pani **Halinie Kamienieckiej** w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności radości w życiu osobistym składają: Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki SP CSK ul. Banacha 1A w Warszawie.

Pani **Jadwidze Rosłoń** w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności radości w życiu osobistym składają: Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki SP CSK ul. Banacha 1A w Warszawie.



Drogiej koleżance oddziałowej **Teresie Dąbrowskiej** w związku z przejściem na emeryturę po 45 latach pracy w szpitalu praskim. Serdeczne podziękowania za wieloletnią współpracę, zaangażowanie, profesjonalizm i godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, realizacji marzeń i wszelkiej pomyślności na dalsze lata życia życzą:

Ewa Wasilewska dyrektor ds. pielęgniarek i położnych wraz z całym zespołem pielęgniarskim Szpitala Praskiego p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie.

Pani Pielęgniarcie **Elżbiecie Wielgus** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, profesjonalizm i zaangażowanie wraz z życzeniami zdrowia, szczęścia oraz powodzenia w życiu osobistym składa Dyrekcja SPZOZ Warszawa Wola-Śródmieście.

Pani **Iwonie Zarębskiej** Starszej Pielęgniarcie Kliniki Otolaryngologii serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, profesjonalizm, odpowiedzialność i życzliwość z najlepszymi życzeniami zdrowia oraz pomyślności na dalsze lata składają: Koordynator ds. Pielęgniarnictwa z Zespołem oraz pielęgniarki i położne CSK MSWiA w Warszawie.

Pani **Halinie Fortuna** Starszej Pielęgniarcie Kliniki Kardiologii i Nadciśnienia Tętniczego w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za długoletnią pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata, życzliwość i koleżeńskość wraz z najlepszymi życzeniami realizacji marzeń, zdrowia oraz pomyślności w życiu osobistym składają: Koordynator ds. Pielęgniarnictwa z Zespołem oraz pielęgniarki i położne CSK MSWiA w Warszawie.

Pani **Krystynie Michniewskiej-Redzie** Położnej Przychodni Specjalistycznej w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają Pielęgniarka Naczelną oraz Pielęgniarki Przychodni Specjalistycznej SPCSK ul. Banacha 1a w Warszawie.

W związku z przejściem na emeryturę drogim Koleżankom: **Danucie Biernackiej, Marii Gręda i Teresie Sitek** serdeczne podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość,

koleżeńskość, i wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składa Pielęgniarka Koordynująca z zespołem pielęgniarskim Szpitala Mazowieckiego Sp. z o.o. w Garwolinie.

Paniom Pielęgniarkom: **Jolancie Waluga i Jolancie Lulaj** z Oddziału Neurochirurgii, **Grażynie Szymaniak i Bożenie Bębnistej** z Bloku Operacyjnego – serdeczne podziękowania za długoletnią pracę. Z Życzeniami zdrowia oraz wszelkiej pomyślności składają Dyrekcja oraz koleżanki pielęgniarki Szpitala Dziecięcego przy Niekańskiej w Warszawie.

Pani **Małgorzacie Borowskiej** Pielęgniarcie Poradni Psychiatrycznej w związku z przejściem na emeryturę składamy podziękowanie za wieloletnią pracę zawodową, profesjonalizm, zaangażowanie, empatię, wrażliwość, wzorową współpracę i koleżeńskość, wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym. Dyrekcja i Koleżanki z SPZLO w Legionowie ul. Sowińskiego 4

Paniom Położnym: **Reginie Kwiatkowskiej i Jadwidze Zabiegła** oraz Paniom Pielęgniarkom: **Danucie Dąbroś, Ewie Poniatowskiej i Elżbiecie Barańskiej** serdeczne podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość i koleżeńskość z najlepszymi życzeniami zdrowia oraz pomyślności w życiu osobistym składają Pielęgniarka Naczelną oraz pielęgniarki i położne CZMZ Sp. z o.o. w Żyrardowie

*Pielęgnowanie chorych jest najpiękniejszą ze wszystkich sztuk (...) wymaga wielkiego oddania i przygotowania jak twórczość malarza lub rzeźbiarza, a coś znaczy praca nad martwym płótnem lub marmurem w porównaniu z pracą nad żywym ciałem – świątynią Ducha Bożego. /Florence Nightingale/*  
Drogim Koleżankom Pani **Ewie Wrzosek** – Starszej Pielęgniarcie Oddziału Kardiologii, i Pani **Joannie Jeruszcze** – Starszej Pielęgniarcie Przychodni Przyszpitalnej, w związku z przejściem na emeryturę składamy najserdeczniejsze podziękowania za wspólnie przepracowane długie lata w Szpitalu Grochowskim – za profesjonalizm, kreatywność, odpowiedzialność, wrażliwość, życzliwość, za dokładność i entuzjazm.

Życzymy Wam – Drogie Koleżanki – dużo zdrowia i pomyślności w życiu osobistym  
Dyrektor ds. Pielęgniarnictwa oraz Pielęgniarki i Pielęgniarze ze Szpitala Grochowskiego  
im. dr. med. Rafała Masztaka Sp. z o.o. w Warszawie



## Pożegnania



Ze smutkiem przyjęliśmy wiadomość że w dniu 21 grudnia 2017 r.  
po 47 latach nieprzerwanej pracy odeszła na wieczny dyżur

śp. **Helena Krystyna Remiszewska**

Pielęgniarka Kliniki Okulistycznej SPSK CMKP. Zawsze gotowa do pracy,  
pełna życzliwości dla pacjentów i koleżanek.

Anna Chruścikowska z Zespołem SPSK CMKP im. prof. W. Orłowskiego



Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszej Koleżanki

śp. **Jolanty Filutowskiej,**

położnej Oddziału Położniczego Szpitala Specjalistycznego „INFLANCKA”.

Pozostanie w naszej pamięci jako dobry i życzliwy człowiek, przez całe życie zawodowe  
oddana pacjentkom i ich dzieciom. „Nie umiera ten, kto trwa w sercach i naszej pamięci.”

Położne i Pielęgniarki Szpitala Specjalistycznego „INFLANCKA”



Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszej Koleżanki

śp. **Lucyny Golik**

byłej pielęgniarki chirurgicznej Szpitala Dziecięcego przy ul. Niekłańskiej.

Pozostanie w naszej pamięci jako dobry człowiek, oddana pracy naszego oddziału

Dyrekcja, Koleżanki i Koledzy Szpitala Dziecięcego im. prof. Bogdanowicza



Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszych Koleżanek

śp. **Omiecińskiej Ewy** i śp. **Królikowskiej Teresy,**

„Nie umiera ten, kto trwa w sercach i pamięci naszej”

Rodzinie składamy wyrazy współczucia.

Naczelna Pielęgniarka z Zespołem Pielęgniarskim CZMZ Żyrardów



Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiamy, o śmierci naszej Koleżanki

**Urszuli Jakubowskiej-Kondratiew**

Urszula Jakubowska-Kondratiew przez całe swoje życie zawodowe była związana z Warszawskim  
Szpitalem Dziecięcym na ul. Niekłańskiej, gdzie rozpoczęła pracę po uzyskaniu dyplomu pielęgniarki.

Tu rozwijała się zawodowo, początkowo sama zdobywała doświadczenie pielęgniarskie, potem jako  
instruktorka pielęgniarstwa uczyła młode adeptki. Także wielu młodych lekarzy stawiało swoje pierwsze  
'chirurgiczne kroki' z pomocną ręką Uli. Początkowo pracowała w oddziale zakaźnym, później  
chirurgicznym i w końcu przez wiele lat w przychodni przyszpitalnej, w jej zabiegowej części. Była osobą  
niezwykle uczynną, pomocną, pogodną, zabiegającą o sprawy swojej grupy zawodowej działając  
w Związkach Zawodowych Pielęgniarek. W roku 2011 za swoją pracę, otrzymała od Ministra Zdrowia  
odznakę honorową „Za zasługi dla ochrony zdrowia”.

Dziękujemy Ci Ulu, że byłaś z nami, pozostaniesz w naszej pamięci  
przez dobre chwile spędzone z Tobą i piękne wspomnienia.

Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa oraz Zespół Pielęgniarek  
ze Szpitala Dziecięcego im. prof. dr med. Jana Bogdanowicza ul. Niekłańskiej

## Konferencja naukowo-warsztatowa „Pielęgniarstwo i Opieka odpowiedzialnością na wyzwania współczesności”

**20 kwietnia 2018 r.; Miejsce: Mysłowice**

**Program:** Opieka nad pacjentem ze schorzeniami układu ruchu. Upadki i ich czynniki ryzyka. Nutrigenomika elementem medycyny zintegrowanej w opiece pacjenta onkologicznego. Pielęgniarstwo i Opieka. Żona i mąż w roli opiekuna chorego onkologicznie członka rodziny. Szanse i zagrożenia dla ich rozwoju psychospołecznego. Człowiek umierający i jego rodzina w systemie opieki hospicyjnej. Śladami Cicely Saunders – rewolucja miłości w opiece u schyłku życia. Rola hipertermii w opiece nad pacjentem onkologicznym. Psychologiczne aspekty pracy pielęgniarki. Służba zdrowia jako element dobra wspólnego. Część warsztatowa: Codziennosc starzejącej się osoby – Symulator starzenia się. Promocja zdrowia i Profilaktyka. TVITA (waga, diagnoza). Pierwsza pomoc przedmedyczna i EKG. Samobadanie diagnozujące. Ergonomia w pracy Pielęgniarki i Opiekuna. Towarzyszenie przy odchodzeniu. Montessori dla Seniorów

**Dane kontaktowe:** Wydział Zamiejscowy Nauk Humanistycznych i Społecznych w Mysłowicach  
ul. Powstańców 19, 41-400 Mysłowice Tel. (32) 77 23 701, (32) 77 23 756,  
e-mail: dziekanat.wz@ignatianum.edu.pl

## II Ogólnopolskie Szkolenie Pielęgniarek Oddziałowych, Położnych Oddziałowych, Kierowników i Koordynujących

**20 – 24 maja 2018 r.; Miejsce: Krynica Zdrój**

**Program:** Roszczeniowy pacjent a ochrona prawna pielęgniarki i położnej. Odpowiedzialność personelu POZ i opieki zamkniętej. Osoby niezdolne do samodzielnego wyrażania zgody – jak uzyskać zgodę na leczenie i upoważnienie do przekazywania informacji (np. dzieci, osoby z demencją, pacjent psychiatryczny). Dokumentacja medyczna oraz standardy akredytacyjne w POZ i szpitalach. Aspekty prawne. Dokumentacja. Zarządzanie personelem. Normy pracy, czas pracy, układanie grafików przy zachowaniu norm, zwolnienia. Komunikacja jako podstawowy element zarządzania zespołem. Motywowanie i ocenianie pracownika. Aktualne zagadnienia dotyczące środowiska pielęgniarskiego.

**Więcej informacji** na stronie [www.pce.com.pl](http://www.pce.com.pl)

## XIX Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

**26 maja 2018 r.; Miejsce: Katowice**

Głównym celem XIX zjazdu jest zaprezentowanie najważniejszych osiągnięć w dziedzinie leczenia cukrzycy oraz dyskusja o sposobie leczenia schorzeń około-cukrzycowych, przedstawienie badań.

**Kontakt dla uczestników:** Kamila Knap: [kknapp@grupabachleda.pl](mailto:kknapp@grupabachleda.pl)

## Konferencja Pediatryczno-Neonatologiczna

**7-8 czerwca 2018 r.; Miejsce: Międzyzdroje**

**Program:** Patologia ciąży. Choroby metaboliczne. Żywnienie noworodka w szpitalu i po wypisie. Choroby układu oddechowego od urodzenia do liceum. Zakażenia w okresie noworodkowym i niemowlęcym. Diagnostyka obrazowa w neonatologii i pediatrii. Dojrzewanie układu immunologicznego a choroby alergiczne. Szczepienia wcześniaków i nie tylko. Zaburzenia hematologiczne i nie tylko.

**Szczegółowe informacje oraz rejestracja:** [www.proinfantis.pl](http://www.proinfantis.pl)

## II Ogólnopolskie Szkolenie Pielęgniarek, Położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych

**14-16 czerwca 2018 r.; Miejsce: Jastrzębia Góra, Hotel ASTOR, ul. Rozewska 38**

**Program:** Aktualne zagadnienia dotyczące środowiska pielęgniarskiego. Przepisy regulujące zasady odpowiedzialności pielęgniarki i położnej oraz zasady wyboru optymalnych polis ubezpieczeniowych. Dokumentacja medyczna. Prawa pacjenta. Ergonomia pracy ergonomia życia. Choroby zawodowe – zapobieganie. Zasady skutecznej komunikacji. Jak zachować równowagę zdrowia psychicznego. Umiejętność odreagowywania stresów. Bezpieczeństwo epidemiologiczne pracownika.

**Zgłoszenia:** e-mailem: [pce@pce.com.p](mailto:pce@pce.com.p)

## II Forum Leczenia Ran

**11-13 października 2018 r.; Miejsce: Zakopane**

**Program:** Ogólne i miejscowe postępowanie z raną przewlekłą. Antyseptyka i opatrunki. Mikrobiologiczny aspekt leczenia rany przewlekłej. Podciśnieniowa terapia NPWT. Kompresjoterapia. Inne techniki i metody wspomagające gojenia ran.

**Kontakt:** Evereth Publishing Sp. z o.o. e-mail na adres: [kontakt@evereth.pl](mailto:kontakt@evereth.pl)

**ZASADY DOFINASOWANIA SZKOLEŃ PRZEZ WOIPiP na stronie [www.woipip](http://www.woipip)**

## Z PRAC SAMORZĄDU ZAWODOWEGO

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w czwartym kwartale 2017 roku i pierwszym kwartale 2018 podejmowała decyzje w sprawach:

- Stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.
- Skierowania na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu po przerwie dłuższej niż 5 lat.
- Dofinansowania kształcenia dyplomowego i studiów członków Okręgowej Rady w tym kursów doskonalących, specjalistycznych, kwalifikacyjnych, specjalizacji.
- Zatwierdzenia programu przeszkolenia, sposobów i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat.



- Delegowania przedstawicieli Okręgowej Rady do komisji egzaminacyjnych kursów specjalistycznych i kwalifikacyjnych oraz do komisji konkursowych na stanowiska kierownicze – pielęgniarskie w podmiotach leczniczych.
- Dofinansowania udziału w konferencjach szkoleniowych, w konferencjach, zjazdach, sympozjach.
- Wpisania się do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych WOIPiP oraz wydania zaświadczeń o wpisie do rejestru dla organizatorów kursów specjalizacyjnych, specjalistycznych, kwalifikacyjnych i doskonalących w podmiotach leczniczych z terenu działania WOIPiP.
- Opiniowania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych z terenu działania WOIPiP.
- Wypłacenia bezzwrotnych zapomóg dla pielęgniarek i położnych.
- Kompensacji wynagrodzenia, zwrotów kosztów podróży i innych uzasadnionych wydatków w związku z wykonywaniem czynności na rzecz Izby lub jej organów zgodnie z uchwałą.
- Delegowania Ewy Przesławskiej – Wiceprzewodniczącej WOIPiP do udziału w pracach Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego oraz Zespołu Roboczego Ds. Ochrony Zdrowia działającego przy WRDS w charakterze obserwatora.
- Przeznaczenia kwoty w wysokości 2.500 złotych netto na dofinansowanie projektu i wykonania relikwiarza czcigodnej Sługi Bożej Hanny Chrzanowskiej.
- Przeznaczenia kwoty w wysokości 700 zł na zakup upominku dla Bp. Henryka Hosera odchodzącego na zasłużoną emeryturę.

Ponadto:

- Prezydium RO rozpatrzyło odmownie prośbę pani dr Grażyna Wójcik- Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, dotyczącą zmiany warunków umowy najmu lokalu i nieodpłatne przekazanie w użytkowanie powierzchni przeznaczonej na działalność muzealno-historyczną. Jednym z powodów odmowy jest stosunkowo duży nakład środków finansowych, jakie WOIPiP musi przeznaczyć na wprowadzenie w życie Systemu Monitorowania Kształcenia. Prezydium RO zasugerowało, że względu na szeroki, ogólnopolski, zasięg przedsięwzięcia jakim jest zorganizowanie m.in. Gabinetu Dyrektorek Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, wysłanie propozycji współpracy do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- Sekcja Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk zwróciła się z wnioskiem o podjęcie współpracy w wydaniu publikacji oraz współorganizacji konferencji na temat „Medycy polskiego pogranicza II Rzeczypospolitej lat 1919-1939”. Okręgowa Rada zdecydowała, iż nie jest możliwe podjęcie współpracy w w/w zakresie, z powodu wcześniej podjętych zobowiązań, dotyczących wydania innej publikacji. Sugerując jednocześnie zwrócenie się do Komisji Historycznej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, której członkowie posiadają olbrzymią wiedzę historyczną dotyczącą działania polskich pielęgniarek i położnych.
- **Uroczystości beatyfikacji błogosławionej Sługi Bożej Hanny Chrzanowskiej** odbędą się ostatecznie w Sanktuarium Miłosierdzia Bożego w Łagiewnikach, 28 kwietnia 2018 r. Przeznaczono kwotę w wysokości zgodnej z przedstawionymi fakturami oraz innymi dowodami księgowymi na przejazd autokaru – do 50 osób – w związku z udziałem przedstawicieli WOIPiP w uroczystościach beatyfikacji Sługi Bożej Hanny Chrzanowskiej, 28 kwietnia 2018 r.
- W dniu 06 lutego 2018 r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie przedstawicieli samorządu zawodowego: Zofii Małas – prezes NRPiP, Sebastiana Irzykowskiego- wiceprezesa NRPiP, Elżbiety Madajczyk – przewodniczącej WOIPiP oraz przedstawicieli OZZPIP: Krystyny Ptok – przewodniczącej, Longiny Kaczmarek – wiceprzewodniczącej z wiceminister resortu zdrowia, panią Józefą Szczurek-Żelazko. Spotkanie poświęcone było ustaleniu działań priorytetowych do realizacji, wynikających z ogłoszonej w grudniu 2017 r. Strategii na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce:
  - wdrożenie norm zatrudnienia oraz rozporządzeń „koszykowych”.
  - zwiększenie liczby miejsc na uczelniach kształcących pielęgniarki i położne (finansowanie: w formie kierunku zamawianego lub dotacji).
  - poprawa warunków pracy poprzez:
    - jak najszybszą nowelizację ustawy o najniższym wynagrodzeniu,
    - wprowadzenie urlopów zdrowotnych.



**Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych**  
**District Chamber of Nursing and Midwives**

00-042 Warszawa ul. Nowy Świat 63 POLAND / tel. 0(22) 826 84 77, 826 84 42, fax. 826 78 08 / [woipip@woipip.pl](mailto:woipip@woipip.pl)

**Harmonogram spotkań**  
**komisji problemowych i sekcji specjalistycznych kadencja 2015 r. – 2019 r.**

| Dzień tygodnia     |              | Komisja, Sekcja                               | Nr sali | Godzina                             | Przewodnicząca/y                |
|--------------------|--------------|-----------------------------------------------|---------|-------------------------------------|---------------------------------|
| I Tydzień miesiąca | Poniedziałek | Okręgowy Sąd                                  | 10      | 15 <sup>30</sup> – 17 <sup>00</sup> | Urszula Królikowska             |
|                    |              | Chór                                          | 5       | 16 <sup>30</sup> – 17 <sup>30</sup> | Anastazja Marusiak              |
|                    | Wtorek       | Sekcja Pielęgniarek Niepublicznych ZOZ        | 11      | 13 <sup>30</sup> – 16 <sup>00</sup> | Małgorzata Szkudlarz            |
|                    |              | Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej | 5       | 15 <sup>30</sup> – 17 <sup>00</sup> | Elżbieta Iwanicka               |
|                    | Środa        | Komisja transplantacyjna                      | 5       | 13 <sup>00</sup> – 15 <sup>00</sup> | Łukasz Czyżewski                |
|                    |              | Sekcja ds. Jakości w Ochronie Zdrowia         | 11      | 15 <sup>30</sup> – 16 <sup>30</sup> | Małgorzata Pacuska              |
|                    |              | Sekcja Pielęgniarek Operacyjnych              | 5       | 15 <sup>30</sup> – 17 <sup>00</sup> | Grażyna Złotkowska<br>-Zapletal |
|                    | Czwartek     | Komisja ds. Położnych                         | 5       | 15 <sup>30</sup> – 17 <sup>00</sup> | Grażyna Sarna                   |
|                    |              | Komisja Naukowa                               | 11      | 15 <sup>00</sup> – 17 <sup>00</sup> | Olga Dembicka                   |

|                     |              |                                                                            |              |                                     |                                          |
|---------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| II Tydzień miesiąca | Poniedziałek | Sekcja Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania                      | 11           | 14 <sup>00</sup> – 15 <sup>00</sup> | Wybór Przewodniczącej po ustaleniu grupy |
|                     |              | Chór                                                                       | 5            | 16 <sup>30</sup> – 17 <sup>30</sup> | Anastazja Marusiak                       |
|                     | Wtorek       | Komisja ds. Warunków Pracy i Placy oraz współpracy ze Związkami Zawodowymi | 11           | 15 <sup>30</sup> – 17 <sup>30</sup> | Damian Kowalik                           |
|                     |              | Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej                              | 10           | 15 <sup>30</sup> – 17 <sup>00</sup> | Elżbieta Iwanicka                        |
|                     | Środa        | Komisja Prawa i Legislacji oraz Zmian Systemowych w Ochronie Zdrowia       | 10           | 15 <sup>00</sup> – 16 <sup>00</sup> | Krystyna Górecka                         |
|                     |              | Sekcja Pielęgniarek Psychiatrycznych                                       | 11           | 15 <sup>30</sup> – 17 <sup>30</sup> | Małgorzata Zgiet                         |
|                     | Czwartek     | Sekcja Pielęgniarek Opieki Paliatywnej i Długoterminowej                   | 5            | 14 <sup>00</sup> – 16 <sup>00</sup> | Bożena Żukowska                          |
|                     |              | Komisja Skarg i Wniosków                                                   | CO<br>2 m-ce | 15 <sup>30</sup> – 17 <sup>00</sup> | Agnieszka Karaś                          |
|                     |              | Sekcja Pielęgniarek Szpitali Zakaźnych                                     | 11           | 15 <sup>30</sup> – 17 <sup>00</sup> | Elżbieta Iwanicka                        |
|                     |              | Kolegium Redakcyjne                                                        | 6            | 15 <sup>00</sup> – 17 <sup>00</sup> | Wisława Ostrenga                         |



**Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych**  
**District Chamber of Nursing and Midwives**

00- 042 Warszawa ul. Nowy Świat 63 POLAND / tel. 0(22) 826 84 77, 826 84 42, fax. 826 78 08 / [woipip@woipip.pl](mailto:woipip@woipip.pl)

**Harmonogram spotkań**  
**komisji problemowych i sekcji specjalistycznych kadencja 2015 r. – 2019 r.**

|                      |              |                                                            |    |                                     |                         |
|----------------------|--------------|------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------|-------------------------|
| III Tydzień miesiąca | Poniedziałek | Chór                                                       | 5  | 16 <sup>30</sup> – 17 <sup>30</sup> | Anastazja Marusiak      |
|                      | Wtorek       | Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego              | 5  | 16 <sup>00</sup> – 17 <sup>00</sup> | Elżbieta Drózdź-Kubicka |
|                      |              | Komisja ds. Etyki Zawodowej                                | 11 | 15 <sup>00</sup> – 17 <sup>00</sup> | Wioletta Galuba         |
|                      |              | Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej              | 10 | 15 <sup>30</sup> – 17 <sup>00</sup> | Elżbieta Iwanicka       |
|                      | Środa        | Komisja Socjalna                                           | 10 | 15 <sup>30</sup> – 17 <sup>30</sup> | Helena Falkowska        |
|                      |              | Sekcja Pielęgniarek Neonatologicznych                      | 11 | 15 <sup>00</sup> – 17 <sup>30</sup> | Elżbieta Ilendo         |
|                      |              | Komisja Rewizyjna                                          | 10 | 15 <sup>30</sup> – 18 <sup>00</sup> | Anna Dudzińska          |
|                      | Czwartek     | Sekcja Pielęgniarek i Położnych Środowiskowo-Rodzinnych    | 5  | 14 <sup>00</sup> – 16 <sup>00</sup> | Hanna Piotrowska        |
|                      |              | Komisja ds. Pielęgniarek Zarządzających w Ochronie Zdrowia | 11 | 15 <sup>00</sup> – 18 <sup>00</sup> | Teresa Kosicka          |

|                     |              |                                                              |    |                                     |                     |
|---------------------|--------------|--------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------|---------------------|
| IV Tydzień miesiąca | Poniedziałek | Komisja Pielęgniarek Ochrony Zdrowia Pracujących             | 11 | 15 <sup>30</sup> – 17 <sup>30</sup> | Beata Baliszewska   |
|                     |              | Chór                                                         | 5  | 16 <sup>30</sup> – 17 <sup>30</sup> | Anastazja Marusiak  |
|                     | Wtorek       | Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej                | 10 | 15 <sup>30</sup> – 17 <sup>00</sup> | Elżbieta Iwanicka   |
|                     | Środa        | Sekcja Pielęgniarek Epidemiologicznych                       | 5  | 13 <sup>00</sup> – 14 <sup>00</sup> | Wioletta Prac       |
|                     | Czwartek     | Sekcja Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki | 5  | 16 <sup>00</sup> – 17 <sup>00</sup> | Anna Karlson        |
|                     |              | Kolegium Redakcyjne                                          | 6  | 15 <sup>00</sup> – 17 <sup>00</sup> | Wisława Ostrega     |
|                     |              | Sekcja ds. Promocji Zdrowia                                  | 11 | 15 <sup>30</sup> – 17 <sup>00</sup> | Danuta Mioduszevska |



# „Zdrowie dla wszystkich”

Hasło Światowego Dnia Zdrowia 7 kwietnia 2018 r.

Tematem przewodnim kampanii z okazji obchodów Światowego Dnia Zdrowia 2018 jest: **Powszechna opieka zdrowotna: wszędzie dla każdego.** Głównym założeniem jest skupienie uwagi na konieczności zapewnienia wszystkim ludziom dostępu do powszechnej opieki zdrowotnej na odpowiednim poziomie i możliwych do osiągnięcia zyskach płynących z tego faktu bez generowania dodatkowego obciążenia finansowego.



Powszechne ubezpieczenie zdrowotne polega na zapewnieniu, wszystkim ludziom wysokiej jakości usług medycznych, tam gdzie i kiedy ich potrzebują, bez ponoszenia trudności finansowych.

**„Nikt nie powinien wybierać między śmiercią, a trudnościami finansowymi.**

**Nikt nie powinien wybierać pomiędzy kupieniem leków, a kupieniem jedzenia”.**

Niestety, w dzisiejszych czasach, zbyt wielu ludzi ma duże trudności w dostępie do opieki zdrowotnej. „Powszechny” oznacza „dla wszystkich”, bez dyskryminacji i pominięcia kogokolwiek. Wszyscy i wszędzie mają prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, których potrzebują, bez jednoczesnego spychania na skraj ubóstwa.

**Stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu to ideał, do którego powinni dążyć wszyscy ludzie.**

Oto niektóre fakty i liczby opisujące obecny stan powszechnej opieki zdrowotnej:

- Co najmniej połowa światowej populacji nie ma dostępu do niezbędnych usług medycznych.
- Niemal 100 milionów ludzi zostaje zepchniętych do skrajnego ubóstwa, zmuszona do przeżycia za 1,9 dolara dziennie (w Polsce 6,52 zł)\* dziennie lub mniej z powodu konieczności płacenia za usługi medyczne z własnej kieszeni.
- Ponad 800 milionów ludzi (prawie 12% światowej populacji) przeznacza co najmniej 10% środków z domowego budżetu na wydatki związane ze zdrowiem własnym, chorego dziecka lub innego członka rodziny. Ponoszą tzw. „wydatki na sytuacje nadzwyczajne”.

\* źródło – Narodowy Bank Polski, przelicznik na dzień 23.03.2018 r.

Źródło: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2018/en> [http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/infographics/en/](http://www.who.int/universal_health_coverage/infographics/en/)

Opracowanie **Danuta Mioduszevska**