

IMPULS

ISSN 1230-5901

Nr 9-10 (303-304), WARSZAWA, grudzień 2019 r.



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



Szanowni Państwo, koleżanki i koledzy,

tradycja obchodzenia Świąt Bożego Narodzenia sięga odległych czasów. Na całym świecie chrześcijanie w różny sposób obchodzą te jedno z najpiękniejszych świąt. Nierzadko zwyczaj te wywodzą się jeszcze z rytuałów pogańskich, na których miejsce wprowadzano później święta chrześcijańskie, nadając im zupełnie nowe znaczenie. Drzewko choinkowe jest znane niemal na całym świecie, istotne jest także miejsce zostawiane przy wigilijnym stole przeznaczone dla „przybysza”, czyli dla duchów przodków.

W Polsce zwyczaj ten upowszechnił się w XIX wieku. Dodatkowe nakrycie symbolicznie zarezerwowane było dla rodaka wracającego z tułaczki. Jedną z polskich tradycji jest kładzenie siana pod wigilijny obrus. Jeszcze dzisiaj dość powszechna jest wiara w to, że w Wigilię zwierzęta mówią ludzkim głosem. Wigilia (łac. czuwanie) – pierwotnie oznaczała straż nocną i oczekiwanie. W słowniku kościelnym nazywa się tak dzień poprzedzający większe święto. Dawniej w każdą wigilię obowiązywał post. Do stołu wigilijnego siadano, gdy zabłysła pierwsza gwiazda. Miała ona przypominać Gwiazdę Betlejemską prowadzącą pasterzy i magów do Betlejem.

Wieczera wigilijna jest niewątpliwie echem starochrześcijańskiej tradycji wspólnego spożywania posiłku, zwanego z grecka agape, będącego symbolem braterstwa i miłości między ludźmi. Żłóbek w dzisiejszej postaci zawdzięczamy św. Franciszkowi. Historia tej tradycji jest jednak znacznie dłuższa i sięga V wieku. Wtedy, jak głosi podanie, żłóbek Jezusa przeniesiono z Betlejem do Rzymu i umieszczono w bazylice Matki Bożej Większej. Także Pasterkę w Rzymie odprawiano początkowo tylko w tym kościele. Już w średniowieczu wystawiano przy żłóbkach przedstawienia teatralne zwane jasełkami. W Polsce najbardziej znanym utworem tego gatunku jest „Polskie Betlejem” autorstwa Lucjana Rydla. W dorobku kulturalnym i folklorystycznym Polska jest jednym z krajów, które mają najwięcej kolęd. Nasza tradycja zna ich blisko 500. Najbardziej znaną, choć nieznanego autorstwa, jest „Cicha noc” śpiewana w 175 językach, w najodleglejszych zakątkach świata.

Święta Bożego Narodzenia to dobry czas, żeby składać życzenia. Łącznie w całym świecie liczba wysyłanych kartek bożonarodzeniowych sięga kilku miliardów. A jakie życzenia bożonarodzeniowe są najlepsze dla Was? Jakże chcielibyście dostać? Najlepsze życzenia bożonarodzeniowe to takie, które płyną prosto z serca.

Niech nadchodzące Święta Bożego Narodzenia niosą ze sobą wiele radości oraz refleksji dotyczących minionego okresu i planów na nadchodzący Nowy Rok 2020. W tych wyjątkowych dniach życzę wszystkim członkom Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych wiele zadowolenia i sukcesów z podjętych wyzwań.

*Niech magia Świąt Bożego Narodzenia
Wypełnia ciepłem wszystkie mroźne dni,
A blask gwiazd przypomina,
Że czasem wystarczy tylko wypowiedzieć życzenie...
Spełnienia wszystkich świątecznych życzeń!*

Anna Dudzińska
Przewodnicząca Warszawskiej Okręgowej
Rady Pielęgniarek i Położnych

Redakcja:

Wisława Ostrega
– Przewodnicząca Kolegium
Redakcyjnego

Kolegium Redakcyjne:

Nikoleta Broda
Danuta Mioduszevska
Lena Serafin
Monika Szydłowska
Bożena Pawłowska

Kontakt z redakcją:

Warszawska Okręgowa
Izba Pielęgniarek i Położnych
Redakcja Biuletynu
ul. Żelazna 59, VII piętro,
00-848 Warszawa
e-mail: wostrega@interia.pl
<http://www.woipip.pl>
tel. 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

Jubileusz 150-lecia Warszawskiego Szpitala dla Dzieci	4
Początek i koniec ludzkiego życia w historii medycyny, czyli $+\infty-$	8
Życie pod przymusem	14
Skąd bierze się świąteczne obżarstwo?	19
Kawa i czekolada. To połączenie uczyni cię mądrzejszym	22
Na ten Nowy Rok	25
Zdarzyło się	26
Współczesne wyzwania pielęgniarstwa opieki paliatywnej – konferencja	27
XV Mazowieckie Dni Chirurgiczne	28
Bezpieczeństwo farmakoterapii w praktyce pielęgniarki i położnej – konferencja	31
Polska pielęgniarka w Arabii Saudyjskiej	33
Konferencja naukowa: Bezpieczeństwo Pacjenta: Druga ofiara	35
Niepodległość	36
Podziękowania	37
Pożegnania	42

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 pogrubić (**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 lub 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.

Jubileusz 150-lecia Warszawskiego Szpitala dla Dzieci

Monika Kurkowska, Zastępca Dyrektora ds. Zarządzania Jakością, Warszawski Szpital dla Dzieci



Warszawski Szpital dla Dzieci swojego pierwszego małego pacjenta przyjął 150 lat temu. Mimo wielu przeciwności ze strony władz zaborczych, dzięki ogromnemu zaangażowaniu i wytrwałości założyciela, a także wielkodusznej postawie Warszawiaków, 23 września 1869 roku otwarta została Lecznica dra Antoniego Sikorskiego dla chorych dzieci, finansowana w pełni z prywatnych funduszy. Był to pierwszy Szpital pediatryczny na ziemiach polskich, którego ideą było niesienie pomocy chorym dzieciom bez względu na status społeczny i wyznanie rodziców. Opiekę nad dziećmi sprawowały Szarytki, zwane Siostrami Miłosierdzia. W kolejnych latach rozbudowywano placówkę, tworząc nowoczesną salę operacyjną, oddział okulistyczny, oddzielny pawilon chorób zakaźnych z oddziałami kokluszowym, odrowym, ospowym i błoniczym. Wybuch I Wojny Światowej był czasem kryzysu – bieda i niedostatek finansowy utrudniały pracę szpitala. W okresie międzywojennym udało się jednak zmodernizować placówkę, która liczyła wówczas 200 łóżek. Dzięki udzieleniu bezinteresownej

pomocy żołnierzom w czasie II Wojny Światowej, niemieccy wojskowi zdecydowali, by oznakować dach szpitala czerwonym krzyżem, co uchroniło go przed bombardowaniem. W związku z wybuchem



Powstania Warszawskiego, WSDZ pełnił funkcję szpitala powstańczego. Na kartach powojennej historii zapisali się wybitni lekarze: dr Jan Zaorski, dr Tadeusz Chrapowicki, dr Tadeusz Hraboni, dr Zbigniew Tabeński, dr Eustachy Kossakowski, dr Remigiusz Stankiewicz, dr Mieczysław Koszła, prof. Jan Ambros, prof. Jan Nielubowicz, prof. Teresa Wyszyńska i wielu innych. Wraz z nimi, kolejne pokolenia budują wizerunek tego miejsca, na który składają się: oddanie pacjentom, niesienie pomocy wszystkim potrzebującym dzieciom i ciągłe podnoszenie jakości udzielanych świadczeń.

Szereg działań jubileuszowych

Głównym założeniem świętowania jubileuszu jest organizacja kilku wydarzeń, tak by obchody nie skupiały się jedynie na uroczystości oficjalnej, ale swoim zasięgiem mogły objąć przede wszystkim pacjentów i ich opiekunów, nadać im wymiar społeczny, prozdrowotny, kulturalny, łączyć pokolenia, integrować pracowników.

Działania prozdrowotne

W czerwcu odbyła się okolicznościowa akcja krwiodawstwa „**150 litrów krwi na 150-lecie Szpitala**”, a 15 października 2019 r., w Światowy Dzień Mycia Rąk, rozpoczęliśmy kampanię prozdrowotną pn. „**Nie mydl sobie oczu – umyj ręce!**”, zwracającą uwagę na rolę higieny rąk w profilaktyce chorób zakaźnych. W ramach akcji zrealizowano badanie mikrobiologiczne w samym centrum Warszawy, identyfikujące liczbę i rodzaj drobnoustrojów znajdujących się na dłoniach przechodniów. Kampania uzupełniona jest spotem informacyjno-edukacyjnym, emitowanym w warszawskich tramwajach, przekazem w mediach społecznościowych oraz iluminacją, wyświetlaną na fasadzie budynku.

Działania informacyjno-historyczne

Ważnym elementem obchodów jest popularyzowanie wiedzy historycznej dotyczącej Szpitala – od strony ul. M. Kopernika można obejrzeć wystawę plenerową, zawierającą archiwalne fotografie i najważniejsze dzieje placówki na przestrzeni 150 lat.

Historię tego miejsca przybliżają także ciekawostki publikowane w mediach społecznościowych. Z okazji jubileuszu powstał również film i wydano okolicznościową gazetę oraz pocztówki „Szpital kiedyś i dziś”.

Działania kulturalne

W ramach działań kulturalnych zaprosiliśmy do siebie Fundację „Obraz w pigułce”, która stworzyła swoje dzieło w dziele – obraz malowany na podstawie elementów wyrzeźbionych przez pacjentów z plasteliny. Odbył się również u nas festiwal filmowy dla dzieci i przedstawienie „Teatru za jeden uśmiech”. Na początku listopada trafiła do nas 1000. biblioteczka „Zaczytanych”, miał miejsce wernisaż, a na grudzień zaplanowane są wydarzenia mikołajkowo-jubileuszowe.

Działania dobroczynne

„Dobrzy Ludzie – kibice Legii dzieciom”, z okazji jubileuszu, zdecydowali się przekazać szpitalowi nowy ambulans do przewozu dzieci, a uczestnicy



Warsztatów Terapii Zajęciowej ze Stowarzyszenia Otwarte Drzwi podarowali szpitalowi własnoręcznie wykonaną kartkę urodzinową.

W hołdzie

W absydzie zabytkowego budynku A Szpitala pojawiła się tablica „W hołdzie wszystkim, którzy mieli udział w ratowaniu życia i przywracaniu zdrowia pacjentom Warszawskiego Szpitala dla Dzieci w latach 1869-2019”, ufundowana przez Izabelę Marcewicz-Jendrysik – Dyrektora Szpitala. W październiku odwiedziliśmy naszego założyciela –



doktora Antoniego Sikorskiego, składając symboliczny wieniec na jego grobie. Chcąc oddać ideę, że Szpital tworzą przede wszystkim ludzie, z twarzy obecnych pracowników powstał jubileuszowy obraz, przedstawiający historyczny gmach budynku.

Uroczystości jubileuszowe

Główne wydarzenia jubileuszowe rozpoczęły się 25 października 2019 r. Mszą Świętą w Bazylice

Świętego Krzyża. Następnie w absydzie zabytkowego budynku Szpitala odsłonięto tablicę pamiątkową, po czym odbyła się uroczystość w Warszawskim Domu Technika NOT. Podczas spotkania usłyszeliśmy wystąpienie Prezydenta m.st. Warszawy Pana Rafała Trzaskowskiego, Członka Zarządu Województwa Mazowieckiego Pani Elżbiety Lanc i innych gości, odczytano listy gratulacyjne, nastąpiło wręczenie odznak honorowych i okolicznościowych oraz podsumowanie dotychczasowych działań jubileuszowych.



Wyróżnione

Przy okazji 150-lecia Warszawskiego Szpitala dla Dzieci, odznakę honorową Ministra Zdrowia. „Za zasługi dla ochrony zdrowia”, otrzymały m.in. Izabela Marcewicz-Jendrysik – Dyrektor Szpitala, Agnieszka Siporska-Sitko – Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Organizacji Diagnostyki, Danuta Dobrodziej – Pielęgniarka Oddziałowa Izby Przyjęć i Przychodni Przyszpitalnej, Iwona Kiljan-Kaca – Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Chirurgii i Ortopedii, Anna Kuduk – Pielęgniarka Koordynująca Przychodni Przyszpitalnej, Wanda Łach

pacjentów w wieku od 1 miesiąca do 18 r.ż. Szpital posiada 34 łóżka w oddziale chirurgii i ortopedii, 34 łóżka w oddziale pediatrycznym i 6 łóżek w oddziale anestezjologii dla dzieci, nowoczesne sale operacyjne i pracownie diagnostyki obrazowej. W ramach jednostki funkcjonują również: przychodnia przyszpitalna oraz specjalistyczna przychodnia dla dzieci i młodzieży, a także dwa dzienne ośrodki rehabilitacyjne: rehabilitacji neurologicznej i narządu ruchu.

Szpital w 2018 roku udzielił 19 192 konsultacji w Izbie Przyjęć, 49 946 porad ambulatoryjnych, zrealizował 61 403 osobodni w ramach rehabilita-



– Pielęgniarka Opatrunkowa Oddziału Chirurgii i Ortopedii oraz Grażyna Tararuj – Pielęgniarka Anestezjologiczna.

Wśród wyróżnionych Nagrodą Dyrektora Szpitala znalazły się: Anna Sienicka – Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego, Monika Konopka – Pielęgniarka Koordynująca Oddziału Pediatrycznego, Elżbieta Banulska – Pielęgniarka Koordynująca Oddziału Chirurgii i Ortopedii, Czesława Karpowicz, Bogumiła Podgrudna – Pielęgniarki Anestezjologiczne, Bożena Pyzel, Jadwiga Snopek – Pielęgniarki Operacyjne, Wanda Stopczyńska – Pielęgniarka Izby Przyjęć, Małgorzata Wąsikowska – Pielęgniarka Oddziału Pediatrycznego, Urszula Ciszewska – Pielęgniarka Przychodni Przyszpitalnej oraz Iwona Piotrowska – Pielęgniarka Przychodni Specjalistycznej dla Dzieci i Młodzieży.

Szpital na co dzień

W Warszawskim Szpitalu dla Dzieci udzielane są świadczenia medyczne ogólne i specjalistyczne dla

cji. W oddziale pediatrycznym hospitalizowano 2 220 pacjentów, a w oddziale chirurgii i ortopedii 2 825 pacjentów. Wykonano 2 526 zabiegów operacyjnych.

Organizatorem obchodów Jubileuszu 150-lecia jest Warszawski Szpital dla Dzieci SPZOZ, współorganizatorem – Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego. Patronat honorowy nad obchodami objął Prezydent Miasta Stołecznego Warszawy. Poszczególne wydarzenia organizowane były we współpracy z Partnerami szpitala, m.in. Muzeum Powstania Warszawskiego.

Początek i koniec ludzkiego życia w historii medycyny, czyli + ∞ –

Dorota Cholewicka Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej WUM, Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Kim jestem? Skąd pochodzę? Dokąd zmierzam?

Ludzie od dawna zadawali fundamentalne pytania: kim jestem, skąd pochodzę, dokąd zmierzam. Starali się znaleźć na nie odpowiedź z początku tylko na poziomie prostych rozważań filozoficznych i religijnych pozostawiając zarówno początek jak i koniec osobniczego ludzkiego życia w rękach sił ponadprzyrodzonych lub takich, nad którymi nie mieli kontroli. Religia, a w raz z nią dominująca koncepcja bytu, wpływała na rozwój nauki lub jego brak. Z czasem kontekst czysto empiryczny, poznanie mechanizmów sprawczych dla narodzin i śmierci, stał się podstawą nowej gałęzi nauki – filozofii medycyny, która wyrosła na gruncie filozofii człowieka, a pierwsi lekarze byli jednocześnie filozofami. Narodziny i śmierć we wszystkich cywilizacjach fascynowały, przerażały, były okryte tabu, towarzyszyły im specyficzne obrzędy i rytuały. Współczesna wiedza medyczna oraz dostęp do nowoczesnych technologii odkryły przed człowiekiem wiele tajemnic związanych z tymi naturalnymi zjawiskami. Jednak lista pytań wciąż jest obszerna, zakres dylematów natury etycznej wciąż rośnie. Technologie zapłodnienia *in vitro* dają prawie nieograniczone technicznie możliwości rozrodu. Na salę porodową trafiają kobiety, które gdyby nie rozwój medycyny prawdopodobnie nigdy nie dożyłyby wieku rozrodczego. Dzięki nowoczesnej aparaturze medycznej jesteśmy w stanie utrzymywać podstawowe funkcje organizmu przez miesiące, a nawet lata. Definicja śmierci stała się niejednoznaczna – szczególnie dla laika. Narządy osób zmarłych mogą być wykorzystane do ratowania życia, czy wręcz traktowane są przez samych chorych jako podarowanie życia. Bioetycy próbują postawić granice, które pozwolą ochronić godność istoty ludzkiej i ustalić jej status prawny. Czy nasi przodkowie mieli rzeczywiście mniej dylematów?

Od „Bożej gliny” do zapłodnienia *in vitro*

Kłopotliwe dziecięce pytanie o to skąd biorą się dzieci zaprzętało umysły ludzkie od zawsze. Według Biblii, Bóg stworzył człowieka z gliny, męż-

czynę i kobietę, którym nakazał, aby byli płodni i zaludnili ziemię [1]. Jednak nasi przodkowie pierwotnie raczej nie wiązali faktu poczęcia i w konsekwencji narodzin z pożyciem seksualnym. Przypisywali to raczej zjawiskom przyrody, które uznawali za nadprzyrodzone, takim jak uderzenie pioruna, wichur itp.



W starożytności Arystoteles za istotę życia uznał duszę, a jej siedziskiem umysł [2]. Średniowieczni alchemicy, a wśród nich także Paracelsus marzyli o tym by stworzyć małego człowieczka Homunkulusa w retorcie, poszukiwali „Bożej gliny”, lub umieszczali pojemnik z nasieniem mężczyzny w ciele padłego konia [2, 3]. W XVII wieku William Harvey postawił tezę że „wszystko pochodzi z jaja” [3, 4]. Niezależnie od aktualnej wiedzy medycznej dotyczącej istoty poczęcia, płodność traktowano jako dar od Bogów, a winą za brak potomstwa obarczano kobietę. Możliwość wydania na świat dziecka nobilitowała ją, zaś niemożność narażała często na ostracyzm i porzucenie. Jednak ciąża nie zawsze była przyczyną radości, a kobiety od zarania dziejów próbowały jej zapobiegać, usuwać, a czasami pozbywać się już narodzonego dziecka. Hipokrates zabraniał w swoim kodeksie etycznym podawać kobietom środki poronne, uważając za pewne, że są to działania przeciwko zdrowiu i życiu, jednak fakt narodzin wcale nie oznaczał prawa do życia. W starożytnej Grecji i Rzymie uznanie

dziecka za godne przeżycia następowało poprzez akt podniesienia go z ziemi przez ojca, jeśli to dotyczyło chłopca, kiedy była to dziewczynka wystarczyło że powiedział „można ją żywić”. Jeśli tego nie uczynił dziecko było wynoszone z domu i porzucone. W starożytnej Sparcie także noworodki chore wynoszono poza mury miasta. Do XV wieku uważano, że noworodki, a szczególnie niepełnosprawne i chore nie mają duszy, czyli arystotelesowskiej istoty życia, więc porzucanie ich, a tym samym skazywanie na śmierć było tolerowane [5].

Arystoteles w swoich badaniach usiłował dociec jaka jest rola czynnika żeńskiego i męskiego w rozrodzie. Jego zdaniem czynnik żeński to materia i bierność (krew menstruacyjna) i wymaga zapłodnienia przez czynnik męski, nadający formę. Czynnikiem męskim jest nasienie, które powstaje z krwi, gdy ta się gotuje. Płeć dziecka zależy od siły formującej, czyli męczyzny, jeśli jest znaczna urodzi się chłopiec. Dlatego według Arystotelesa, starsi mężczyźni i młodzieńcy częściej mieli córki [2, 3]. Także w starożytnych Indiach wierzano, że człowiek powstaje z krwi menstruacyjnej i nasienia. Części miękkie otrzymuje od matki, a twarde od ojca [4].



Wiedza medyczna Żydów zawarta w talmudzie mówi, że aby powstał człowiek niezbędne są trzy czynniki: „Święty”, ojciec i matka. „Święty” daje duszę, wyraz twarzy, postać ciała, wzrok, słuch, mowę, chód, rozsądek i zdolności umysłowe. Ojciec daje wszystko co jest białe, kości, ścięgna, białka oczu, nerwy, mózg i paznokcie. Matka daje to co jest czerwone, mięso, włosy, skórę i czarne części oka [2].

W starożytności ukształtowały się dwie koncepcje powstawania człowieka i innych istot żywych. Pierwsza to preformacja, gdzie istota żywa powstawała z gotowego ukształtowanego nasienia, które w rozwoju embrionalnym powiększa się i dojrzewa. Kierunek ten był popularny jeszcze w XVII w, kie-

dy to M. Malpighii prowadził badania nad zarodkiem kurzym, a R. de Graff odkryte w 1672 roku w jajnikach kobiety pęcherzyki opisał jako jaja. [3, 4]. Drugi kierunek to epigeneza, jego zwolennicy uważali, że z nieuksztaltowanej substancji rozrodczej powstają kolejne elementy jednorodne (w dzisiejszym ujęciu tkanki) i niejednorodne (narządy). Pierwsze istoty według tej koncepcji powstały z wilgoci, ciepła i ziemi, a następne z gotowych ukształtowanych zarodków. Ten kierunek zwyciężył dopiero pod koniec XVIII w. [3].

W 1677 roku Antoni Leeuwenhoek odkrywa plemniki [3, 4] i zmienia dotychczasowe spojrzenie na istotę zapłodnienia i początek życia. Zalicza je do świata zwierząt. Leeuwenhoek twierdzeniem, że w plemniku znajduje się upostaciowany zarodek, gotowy mały człowieczek [2, 3, 4] umacnia poglądy performistów.

Mimo doniosłych odkryć do końca XVII wieku w dalszym ciągu nie znano istoty zapłodnienia. Plemnik miał wnikać do jaja, tracąc witkę, pozostała część wyrastała jako płód. Jajo stanowiło dla niego miejsce rozwoju i zapas pożywienia [4]. Uчени różnili się w swoich poglądach. Jedni uważali, że wszystko pochodzi od ojca (spermiści), drudzy że istotę stanowi jajo, które pochodzi od matki (owuliści). Dopiero wiek XIX przynosi istotny przełom. W 1827 roku Karl Ernest von Baar odkrywa oocyty i opisując żeńską komórkę jajową obala koncepcje de Graffa. Albert von Kolliker odkrywa, że plemnik jest komórką, a nie parazytem i wyjaśnia jego udział w zapłodnieniu [3, 4]. Dokładnie istotę zapłodnienia opisuje w 1875 roku Oskar Hertwing, a spermistów i owulistów pogodził Eduardo van Beneden, badając zjawisko mejozy i opisując chromosomy i ich znaczenie w dziedziczeniu [3, 6]. Realną możliwość odwiecznej chęci ingerencji w płodność daje dopiero odkrycie hormonów płciowych i ich wpływu na cykl miesięczny kobiety, którego dokonano w latach 30 minionego wieku, chociaż obserwacje i wpływ śluzu szyjkowego na wędrówkę plemników opisał w 1855 roku Tyler Smith, a Mary Putman Jacobii w 1876 roku zmiany temperatury ciała w czasie cyklu miesięcznego. Bardziej gruntowny opis cyklu wraz z metodą obliczania dni płodnych i niepłodnych to zasługa Kiusahu Ogino i Hermana Knausa w roku 1934 [7]. Dało to możliwość świadomej kontroli nad poczęciem dziecka. Mimo, że praktycznie do XIX wieku wiedza o istocie zapłodnienia była niekompletna, a momentami nawet spekulacyjna, to próby wpływu na nie były podejmowane znacznie wcześniej. Z medycznego punktu widzenia ingerencja w zapłodnienie, poprzez dokonanie sztucznej inseminacji miała miejsce

po raz pierwszy w 1793 roku w Anglii, kiedy to John Hunter wprowadził do pochwy pacjentki nasienie jej męża (w dzisiejszym znaczeniu inseminacja homogeniczna) [3, 7]. Z czasem metodę tę zaczęto stosować z powodzeniem w wielu krajach jako sposób leczenia niepłodności, używając także nasienia obcego dawcy (inseminacja heterogeniczna). Ta ingerencja w płodność nie zyskała pełnej aprobaty. Kościół Katolicki wyraził jednoznaczny sprzeciw, chociaż inseminacja homogeniczna została uznawana jako mniej naganna moralnie. Nie mniej wciąż problemem jest brak jednoznacznych



unormowań prawnych. W wielu krajach jedynym regulującym tą metodę zapłodnienia dokumentem są wytyczne opracowane w 1981 roku przez Szwajcarską Akademię Nauk „Wskazania medyczne i etyczne w sprawie sztucznego zapłodnienia” [7]. Sztuczna inseminacja to niewątpliwie wielki przełom w poznaniu i ingerencji w ludzką płodność. Następnym, a jednocześnie aktualnie najbardziej znanym i budzącym ogromne emocje jest zapłodnienie pozaustrojowe (in vitro). Pierwsze dziecko z probówki, Louise Joy Brown przyszła na świat w USA 25 lipca 1978 roku [3, 7, 8]. Możliwość zapłodnienia komórki jajowej kobiety poza jej ustrojem, a następnie wszczepienie zarodka do jamy macicy, dała niepowtarzalną szansę posiadania potomstwa osobom, które w przeciwnym wypadku nigdy by się go nie doczekały. Stworzyła także, prawie nieograniczone możliwości manipulowania ludzkimi gametami. Tym bardziej że zapłodnienie iv często ma miejsce z wykorzystaniem gamet nie należących do osób, które w świetle prawa będą rodzicami dziecka. Sytuacja komplikuje się dodatkowo w momencie gdy ciążę nosi surogatka (matka zastępcza). Największe jednak wątpliwości i opór moralny wielu środowisk, w tym Kościoła Katolickiego budzi produkcja nadliczbowych embrionów oraz ich mrożenie i przechowywanie. Teoretycznie

zarówno zamrożone gamety jak i embriony można przechowywać wiele lat [9]. I w tym miejscu rodzą się wątpliwości natury filozoficznej, prawnej i etycznej. Brak jest jednolitych unormowań prawnych i jednoznacznych stanowisk etycznych w tym zakresie. Próbę uregulowania procedur zapłodnienia iv podjęła w 1984 roku Szwajcarska Akademia Nauk Medycznych publikując dokument „Wskazania medyczne i etyczne w sprawie zapłodnienia in-vitro i wszczepiania embrionów” [8]. Na poziomie poszczególnych państw sytuacja wygląda bardzo różnie, od całkowitego zakazu stosowania tej procedury, poprzez zupełny brak uregulowań, aż do bardzo liberalnych zapisów.

Procedura ta budzi szereg dylematów, jak chociażby ten związany z mrożeniem zarodków, które przez jednych traktowane jest jako szansa na narodziny w przyszłości kolejnego dziecka, a przez innych jako odmowa poczętemu dziecku prawa do rozwoju i życia, a nawet skazanie na śmierć. Jedni stoją na stanowisku, że jeżeli współczesna nauka dysponuje technologiami pozwalającymi niepłodnym parom na posiadanie biologicznego potomstwa, to czy etycznie jest odmówić im tego prawa. Inni, że jest to czysto mechaniczne podejście do aktu zapłodnienia, zaprzeczające godności poczęcia.

W tych kwestiach wypowiadają się lekarze, etycy, filozofowie oraz przedstawiciele różnych wyznań religijnych, a dylematy pewno nigdy nie zostaną ostatecznie rozwiązane.

Od ostatniego tchnienia do śmierci mózgu jako całości

Od niepamiętnych czasów wierzono że śmierć jest początkiem nowego bytu, stąd balsamowanie zwłok u starożytnych Egipcjan, wiara w nieśmiertelną duszę w Judaizmie i Chrześcijaństwie, czy też wiara w reinkarnację w Hinduizmie. Starożytni lekarze na miarę ówczesnej wiedzy walczyli z chorobami i śmiercią. Hipokrates opisał charakterystyczny wygląd twarzy pacjenta rokujący zbliżającą się śmierć, tzw. *facies hippocratica*: „nos kończysty, oczy wpadłe, skronie wklęsłe, uszy zimne, skurczone i odwinęte, skóra wokół czoła twarda, napięta i sucha, barwa całej twarzy zielonawobłada, albo czarna, albo sina, albo ołowista” [1]. Definicja i symptomy śmierci człowieka zmieniły się wraz z rozwojem medycyny i filozofią bytu. Arystoteles twierdził, że śmierć jest podstawową własnością żyjącej substancji. Za istotę życia pierwotnie uznawano oddech, wraz z jego ustaniem człowiek umierał. Często spotykało się określenie, że ktoś „wydał ostatnie tchnienie” [1, 2]. Duże znaczenie przywiązywano

także do bicia serca i to wraz z jego ustaniem określano moment śmierci. Dość wcześnie zorientowano się że krew odgrywa duże znaczenie w funkcjonowaniu ludzkiego organizmu, chociaż istota układu krążenia została rozszyfrowana znacznie później [2, 4]. Całe wieki uznawano, że śmierć następuje wraz z nieodwracalnym ustaniem krążenia

wanie na beczce, wożenie na grzbiecie osła, konia czy wołu [5]. W Piśmie Świętym Nowego Testamentu opisywane są przypadki wskrzeszenia przez Jezusa osób zmarłych: Łazarza i córki Jaira [3]. Opisy te mogą świadczyć o tym, że rozpoznanie, czy też stwierdzenie śmierci nie zawsze było trafne, a przyjęte kryteria niedoskonałe. Podobno Asklepiades z Bitynii w I w. n.e. miał

przywrócić do życia osobę, którą już składano do grobu, wykonywał też tracheotomię [2].

Istotne postępy rozpoczynają się od epoki oświecenia, co niewątpliwie związane jest z większym zainteresowaniem anatomią. W 1555 roku Andreas Vesalius przez trzcinę wdmuchuje powietrze do tchawicy psa, podtrzymując tym samym wentylację. Wiek później w 1667 roku, Robert Hooke podtrzymuje życie zwierząt doświadczalnych dostarczając im powietrze do płuc za pomocą miecha, a w 1776 roku William Cullen prof. medycyny w Glasgow i Edynburgu oraz Lord Cathcart opisują intubację i wentylację płuc [5]. William Cullen jest też przedstawicielem nerwizmu i zwraca uwagę na znaczenia układu nerwowego i bodźców nerwowych w objawach i podtrzymywaniu życia [4].

W miarę rozwoju nauk medycznych oraz wdrażaniu nowych technologii nauczono się podtrzymywać ważne dla życia czynności organizmu. Począwszy od prostych metod resuscytacji bez przyrządowej polegającej na udrożnieniu dróg oddechowych, stosowaniu



i oddychania. Po nim następowała stopniowa degradacja organizmu, za której objawy uznano między innymi wychłodzenie ciała, stężenie pośmiertne, plamy opadowe.

Niezależnie od przyjętej filozofii, panującej religii, śmierć była zdarzeniem trudnym do zaakceptowania szczególnie przez bliskich osoby zmarłej.

Na kartach Starego Testamentu można dopatrzyć się pierwszych zabiegów reanimacyjnych. W Drugiej Księdze Królewskiej Elizeusz przywraca do życia chłopca „trzykrotnie rozciągnął się na dziecku” [1]. W różny sposób starano się przywrócić osobę zmarłą do świata żywych. W starożytnym Egipcie stosowano podwieszanie głową w dół, roło-

oddechu zastępczego i masażu zewnętrznego serca, aż do użycia specjalistycznej aparatury w postaci respiratorów czy defibrylatorów. W ramach intensywnej terapii w stanach zagrożenia życia, gdy z jakichś przyczyn nastąpi zatrzymanie lub zagrożenie podstawowych czynności życiowych takich jak oddychanie, krążenie oraz funkcje o.u.n. poza podażą leków wspomagających pracę poszczególnych układów i narządów, podejmowane są działania lecznicze, takie jak np. przetaczanie krwi [11]. Często kończą się one sukcesem, jednak zdarza się, że przyczyna która spowodowała stan zagrożenia życia jest niemożliwa do zwalczenia, mimo że uda się przywrócić oddech i pracę serca. Na skutek ustania

akcji serca lub oddychania po 3 do 4 minut następują nieodwracalne zmiany w mózgu. Chociaż opisywane są przypadki gdy niedotlenienie trwało znacznie dłużej, ale nie doszło do zmian w mózgu z uwagi na dodatkowy czynnik hipotermii (osoby wydobywane z pod kry lodowej).

Niektóre układy i narządy mogą jednak utrzymywać swoją funkcję niezależnie od innych, wcześniej już obumarłych. Tak więc klasyczna definicja śmierci stwierdzanej na podstawie ustania krążenia i oddychania stała się niewystarczająca, doszło nowe kryterium śmierci mózgu [11, 12, 13]. Niewątpliwie ma to związek z rozwojem transplantologii, dzięki której organy osoby zmarłej mogą przyczynić się do uratowania lub przedłużenia życia innych pacjentów, dlatego precyzyjne orzeczenie śmierci jest tym bardziej istotne. Po raz pierwszy definicja śmierci jako „śmierć mózgowa” pojawiła się w 1968 roku w Deklaracji z Sydney, kiedy to sformułowano „Komunikat na temat śmierci” na spotkaniu Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) [13]. W tym samym roku ukazały się tzw. „kryteria harwardzkie” „Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej Szkoły Medycznej do zbadania Definicji Śmierci Mózgu”, w którym stwierdzono, że można orzec śmierć pacjenta, kiedy występuje brak reakcji na bardzo silne bodźce, brak ruchów i trwały bezdech, brak odruchów z nerwów czaszkowych i obwodowych. Zalecono również wykonanie badania EEG. Ta nowa definicja określiła śmierć jako nieodwracalne ustanie czynności mózgu, co oznacza śmierć człowieka jako całości, mimo że poszczególne układy nie zawsze obumierają jednocześnie [12, 13, 14]. Definicja ta będąca punktem zwrotnym została zmodyfikowana w 1971 roku, kiedy uznano, że za śmierć mózgu jako całości przyjmuje się śmierć pnia mózgu, czyli nieodwracalne ustanie czynności pnia mózgu jako całości, co nie zawsze skutkuje natychmiastową śmiercią wszystkich komórek mózgu, jednak w postępie czasowym oznacza śmierć mózgu jako całości. To kryterium ma służyć także do wyznaczania granicy w której dalsze przyrządowe podtrzymywanie przetrwałych funkcji organizmu staje się bezzasadne [12, 15]. W Polsce definicja śmierci uwzględniająca kryterium śmierci pnia mózgu została wprowadzona 1 lipca 1984 roku Komunikatem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej [16, 17]. Na przestrzeni lat zapisy te były poprawiane i udoskonalane. Aktualnie obowiązująca definicja śmierci została określona w „Obwieszczeniu ministra zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu”:

W tym dokumencie śmierć jest zjawiskiem zdysonansowanym, ogarniającym tkanki i narządy w różnym czasie powodując tym samym dezintegrację ustroju jako całości, w którym wypadanie poszczególnych funkcji następuje w różnej sekwencji czasowej, tak że niektóre funkcje ustroju lub ich części mogą utrzymywać się przez pewien czas w oderwaniu od innych, wcześniej obumarłych. Można powiedzieć, że śmierć kończy proces umierania. Ewolucja definicji i koncepcji śmierci została przedstawiona w 1996 roku w komentarzu do przepisów dotyczących rozpoznawania śmierci mózgu przez prof. Marka Sycha w trzech etapach [18].

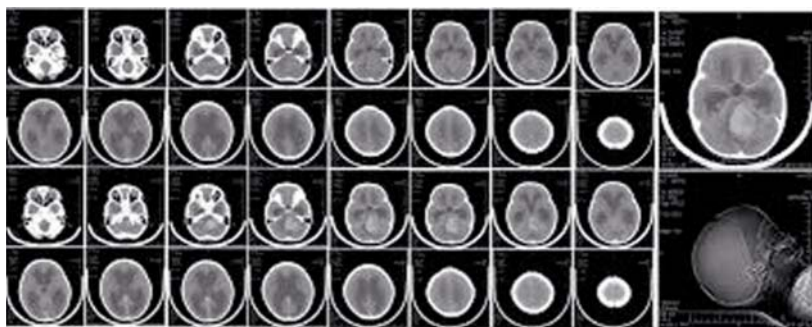


Definicja klasyczna: Nieodwracalne ustanie krążenia krwi oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza ono natychmiastową śmierć wszystkich komórek ciała.

Definicja nowa: Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć innych układów.

Definicja nowa zmodyfikowana: Nieodwracalne ustanie śmierci pnia mózgu oznacza śmierć mózgu jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu.

Rozpoznanie śmierci mózgu opiera się na stwierdzeniu nieodwracalnej utraty jego funkcji. Postępowanie kwalifikacyjne jest dwuetapowe: Etap I: wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu i Etap II: wykonanie badań potwierdzających śmierć mózgu. Ostateczna decyzja podejmowana jest przez niezależną komisję lekarską, złożoną z co najmniej z trzech lekarzy [19]. Mimo tak precyzyjnych ustaleń wciąż toczy się dyskusja na ile te kryteria są ostateczne. Nie możemy wykluczyć, że coraz doskonalsza aparatura medyczna może za kilka lat wykrywać bardziej subtelne oznaki życia.



Dzięki aparaturze możemy bardzo długo utrzymywać funkcje tkanek i narządów, a dylematy jak długo to czynić prawdopodobnie zawsze pozostaną aktualne. Jednym z przykładów jest podtrzymywanie biologicznych funkcji organizmu kobiet ciężarnych u których stwierdzono śmierć mózgu, do czasu osiągnięcia przez płód dojrzałości dającej szansę na przeżycie po wydobyciu z macicy drogą cięcia cesarskiego [20]. Są opisywane przypadki zakończone sukcesem utrzymywania ciąży u kobiet ze stwierdzoną śmiercią mózgu nawet powyżej dwóch miesięcy [21]. W sierpniu 2019 roku w szpitalu Uniwersyteckim w Brnie przyszła na świat dziewczynka, której matka nie żyła już od 117 dni. W Polsce w Szpitalach Klinicznych w Krakowie, Katowicach i Łodzi również urodziły się dzieci matek, których funkcje życiowe były podtrzymywane dzięki wysokospecjalistycznej aparaturze oraz wysiłkowi całych zespołów terapeutycznych. W sensie prawnym, te matki nie żyły od orzeczenia śmierci mózgu, jednak biologicznie dopiero po wydobyciu dziecka i ustaniu akcji serca, niejako symbolicznym momencie wydaniu na świat nowego życia.

Literatura:

1. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Biblia Tysiąclecia. Zespół biblistów polskich w przekładzie z języków oryginalnych. Wydawnictwo Pallotinum, Poznań 2000.
2. Szumowski W.: Historia medycyny filozoficznie ujęta. Wyd. II, Sanmedia, Warszawa 1994.
3. Baranowska B., Dmoch-Gajzlerska E. Historia zapłodnienia in vitro. Położna. Nauka i praktyka. (3) 64-67, 2008.
4. Brzeziński T.: Historia medycyny. PZWL, Warszawa 2002.
5. Łozińska-Czerniak A.: Neonatologia-przeszłość i teraźniejszość. Położna. Nauka i praktyka. (3)50-51, 2011.
6. The discovery of meiosis by E. Van Beneden, a breakthrough in the morphological phase of heredity. Int. J. Dev. Biol. 36: 9.15 (1992)
7. Brzeziński T.: Etyka lekarska. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.

8. Baum E., Fryś A.: Etyczne dylematy niepłodności kobiecej. Pielęgniarstwo Polskie 2(20), 327-335, 2005.
9. Pisarski T. Narodziny człowieka jako problem nauki, praktyki i dydaktyki. W Problemy dydaktyki medycznej i wychowania. Tom 20. Wokół narodzin człowieka. AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 1988.
10. Skalski J.H. Dawne dzieje resuscytacji i reanimacji. [W] Szlachetne Zdrowie. Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca. Nr 3 V 2003.
11. Kamiński B., Kubler A. Anestezjologia i intensywna terapia. PZWL, Warszawa 2002.
12. Mayzner-Zawadzka E., Rawicz M.: Zarys Anestezjologii i intensywnej terapii. Akademia Medyczna w Warszawie, Warszawa 2004.
13. Biesaga T.: Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci. Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo. 2006(3).
14. A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. J. Am. Med. Assoc., 1968; 205/6: 85-88
15. Zawadzki A.: Medycyna ratunkowa i katastrof. PZWL, Warszawa 2011.
16. Komunikat w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu. Dz.Urz. MZOS, z 26 czerwca 1984 r., nr 6, poz. 38
17. Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej), Dz.Urz. MZOS z 30 listopada 1996 r. nr 13 poz. 36;
18. Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Monitor Polski Nr 46 Poz. 547.
19. Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L.: Transplantologia Kliniczna. Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
20. Kruszyński Z.: Wykłady z Anestezjologii i intensywnej terapii. Intensywna terapia stanu astmatycznego. Przygotowanie dawcy narządów. PZWL, Warszawa 2009.
21. Bernstein I.M. i wsp.: Maternal brain death and prolonged fetal survival. Obstetr. Gynecol. 1989, 74: 434-437.

Życie pod przymusem

Przedruk z: *Medycyna Praktyczna – Psychiatria*, 2018; 5: 81–86; tekst dostępny także online pod adresem: <https://www.mp.pl/psychiatria/ekspert/wywiady/195182,zaburzenie-obsesyjno-kompulsyjne-ocd>

Z psychiatrą i psychoterapeutą dr. Arturem Kołakowskim rozmawia Katarzyna Sajboth-Data



dr n. med. Artur Kołakowski /Fot. arch. wł.

Dr n. med. Artur Kołakowski – lekarz psychiatra, specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, psychoterapeuta poznawczo-behawioralny. Zawodowe doświadczenie zdobywał w Klinice Wieku Rozwojowego oraz w II Klinice Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Od kilku lat pracuje w poradni, a obecnie w ośrodku Poza Schematami, gdzie przede wszystkim zajmuje się diagnozą i leczeniem dzieci i młodzieży. Od 2005 roku posiada certyfikat superwizora-dydaktyka Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej. Od wielu lat uczy tej metody leczenia, obecnie w Szkole Psychoterapii Crescentia. Jest współautorem książek z dziedziny psychiatrii i psychoterapii dzieci i młodzieży, z których jedna, napisana wspólnie z dr Agnieszką Pisulą, zdobyła nagrodę Teofrasa za najlepszą książkę popularnonaukową.

Czym charakteryzują się zaburzenia neurobehawioralne, do których należy OCD?

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (OCD) wiąże się z funkcjonowaniem mózgu, który niejako „produkuje” natrętne myśli, a te z kolei wywołują duże napięcie i potrzebę wykonania czynności natrętnej. W klasyfikacji DSM-5 umieszczono OCD już nie w grupie zaburzeń lękowych, ale w osobnej

kategorii, między innymi z powodu jego biologicznego charakteru. Wyniki badań osób z OCD wskazują na nieprawidłowości w funkcjonowaniu jąder podstawy (jądra ogoniastego) i szlaków łączących je z innymi częściami mózgu, np. układem limbicznym czy korą mózgu. Kwestia kwalifikacji danego rozpoznania jest oczywiście umowna, ale najistotniejsze jest to, że osoba chora doświadcza objawów niezależnie od swojej woli, zatem nie ma wpływu na to, czy pojawią się u niej myśli natrętne, czy nie. Natomiast może zdecydować o rozpoczęciu leczenia: podjęciu terapii poznawczo-behawioralnej lub farmakoterapii, bądź obu.

Jednak nie oznacza to, że ich genetyka jest wyłącznie neurologiczna?

W większości zaburzeń mamy do czynienia ze współoddziaływaniem genetyki i środowiska, w jakim funkcjonujemy. Nasze predyspozycje są przez środowisko wzmacniane lub osłabiane. Załóżmy, że dziecko dorasta w rodzinie, w której rodzice zmieniają ręczniki co trzy dni, każde z nich pisze wyłącznie swoim piórem, a po każdym pogłaskaniu kota obowiązuje umycie rąk. Będzie to dla potomstwa środowisko bardziej wzmacniające objawy obsesji i kompulsji, niż dom, w którym rodzice podnoszą z podłogi kromkę, która wypadła rąk, i ją zjadają, stwierdzając jedynie, że „długo nie leżała”.

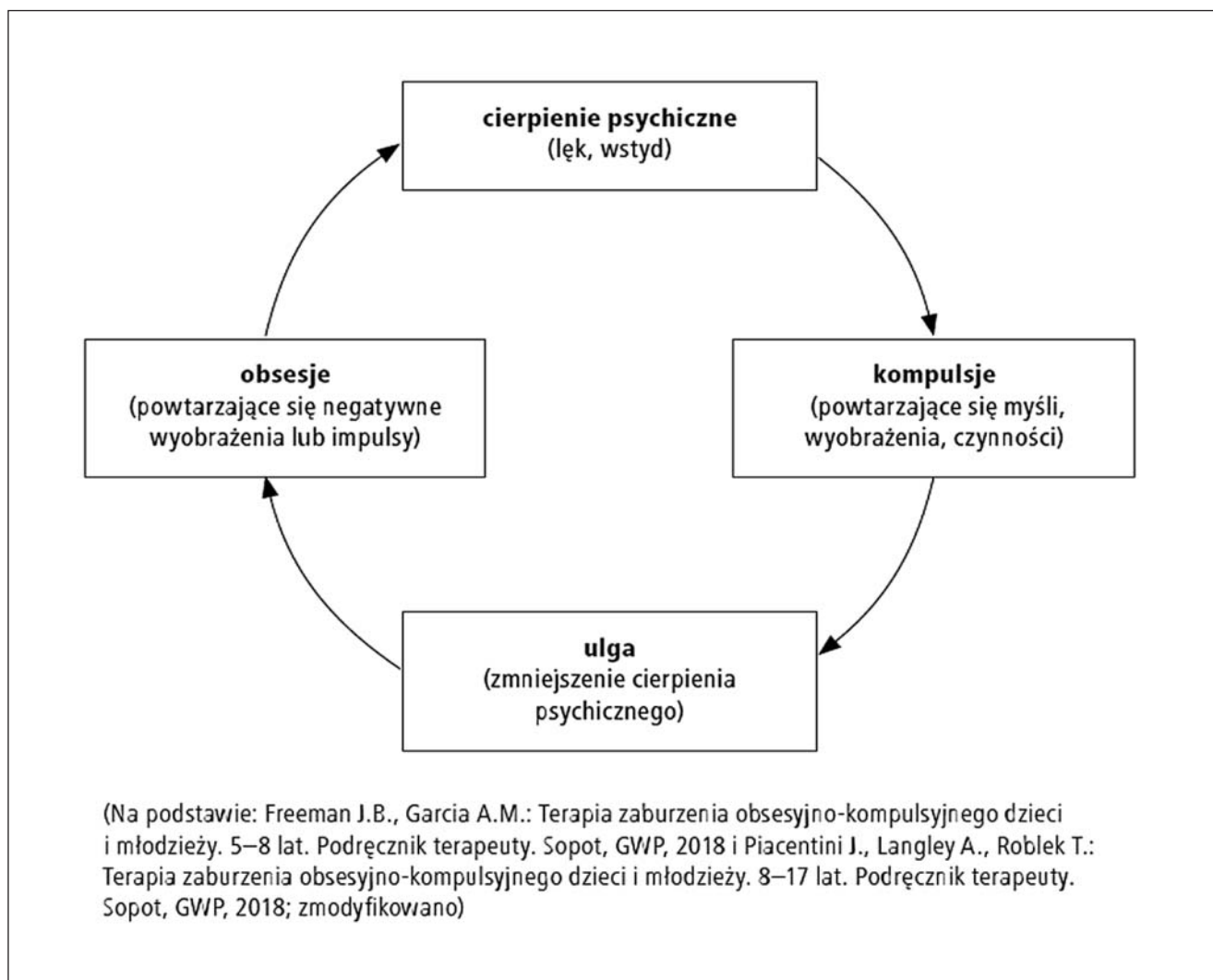
W jaki sposób zaburzenie upośledza funkcjonowanie dziecka czy nastolatka i jak to wpływa na życie rodziny?

Wyniki badań wskazują, że okazjonalne myśli natrętne ma około 90% populacji. Prawie każdemu z nas zdarzyło się od czasu do czasu przerwać rozpoczętą czynność, żeby upewnić się, czy wyłączyliśmy żelazko albo zamknęliśmy na klucz zamek w drzwiach do mieszkania czy samochodu. Jeśli to zajmuje kilka minut na tydzień, to dla większości z nas nie ma to większego znaczenia, ani wpływu na nasze funkcjonowanie.

Jednak wyobraźmy sobie, że po przekonaniu się, czy faktycznie wyłączyliśmy żelazko nadal nie mamy dostatecznej pewności, że to zrobiliśmy. Niepokój związany z tą wątpliwością wymusza na nas wielokrotne powracanie do sprzętu w celu kolejnych kontroli jego wyłączenia. O OCD mówimy wtedy, gdy jego objawy zaburzają funkcjonowanie także z powodu czasu, który zabierają. Gdy te symptomy zajmują więcej niż godzinę dziennie, najpewniej są objawami zaburzenia, które należy leczyć.

ków konieczność wykonania czynności natrętnych czy rytuałów sprawia, że nie mają dostatecznie dużo czasu zarówno na naukę, jak i na przyjemności.

Wielu pacjentów cierpi na natręstwa tzw. czystościowe. Kiedy dana osoba bierze kąpiel przez trzy godziny lub będąc w toalecie zużywa jednorazowo dwie rolki papieru, to niewątpliwie wpływa na dobrostan całej jej rodziny i to zarówno psychiczny, jak i ekonomiczny, np. w postaci rachunków za wodę. Ponadto pacjenci, a zwłaszcza dzieci,



Ryc. Cykl zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego

Pytając pacjenta o nasilenie objawów, próbuję pomóc mu określić, ile czasu one zajmują w ciągu dnia. Gdy relacjonuje, że sumujące się w ciągu dnia sytuacje „zajęte” przez objawy trwałyby np. trzy lub cztery godziny i często stają się przyczyną spóźnień do szkoły, na zajęcia czy spotkania, uzyskuje potwierdzenie, że niezaprzeczalnie zaburzają jego codzienne życie.

Objawy OCD u małych dzieci mogą spowodować, spóźnianie się przez nie do szkoły, ale także ich rodziców do pracy. Dla wielu dzieci i nastolat-

wciągają rodziców w swoje objawy. Jednym z natręstw jest potrzeba upewniania się, np. wyrażana powtarzającymi pytaniami: Mamo, czy ja to dobrze robię? Czy ja to dobrze powiedziałem? Załóżmy że dziecko zada je np. 160 razy w ciągu dnia, a rodzic za każdym razem odpowie. Czy wpłynie to na ich funkcjonowanie?

Jak – poza określeniem czasu, który „zabiera” objaw – odróżnić natręstwo od zachowania właściwego dla danego okresu rozwojowego dziecka?

Np. w okresie wczesnoszkolnym, kiedy dziecko uczy się pisać, wielokrotnie powtarza i poprawia literkę, której się uczy, dążąc do tego, żeby wyglądała jak ta wzorcowa.

Z pewnością zachowanie dziecka będzie też zależało od standardów przekazywanych przez jego rodziców i nauczycieli. Jeżeli dla nich wystarczająco dobre jest pismo, które nie sprawia trudności w odczytaniu, to takie podejście będą zaszczeptać u dziecka. Natomiast, gdy opiekunowie będą wymagali tego, żeby literki nie wyjeżdżały za linię, a ich kształt był odpowiednio obły lub prosty, uczeń może poprawiać je więcej razy niż poprzedni, chcąc sprostać tym wymaganiom. Można więc powiedzieć, że norma jest szeroka, a definiują ją także stanowisko uznawane w szkole, w domu, czy w rodzinach rówieśników. Jednak dana cecha staje się objawem (albo sporadyczny objaw staje się objawem znaczącym), kiedy zaburza funkcjonowanie. Odwołując się do pani przykładu, powiedziałbym, że jeśli średni czas wykonania zadania wśród uczniów w klasie wynosi około pół godziny, a przywołany uczeń potrzebuje na nie półtorej godziny, ponieważ kształt liter wciąż nie jest perfekcyjny i wielokrotnie je przepisuje, wyciera, poprawia, przeżywając przy tym silny niepokój, to najprawdopodobniej jest to już objaw OCD.

Najczęściej jednak trafiający na konsultację dziecko lub nastolatek ujawniają już tak nasilone objawy OCD, że zajmują one wiele godzin i znacząco zakłócają funkcjonowanie zarówno pacjenta, jaki jego otoczenia.

W terapię dziecka z OCD zaangażowani są też rodzice. Na czym polega praca z nimi?

To wszystko zależy od wieku pacjenta – czy jest nim siedmio- czy siedemnastolatek. Możemy zilustrować to na przykładzie osoby, która dotknąwszy ławki i przyklepionej do niej gumy do żucia, pomyśli, że z pewnością ma na ręku ślinę kogoś ciężko chorego. Wzrośnie w niej niepokój i potrzeba wykonania czynności natrętnej w celu zmniejszenia tego niepokoju, np. kilkakrotnego umycia rąk i odkażenia ich odpowiednim środkiem. Dopiero po wykonaniu tych czynności osoba z OCD odczuje chwilową ulgę. Terapia poznawczo-behawioralna w przypadku OCD opiera się na ekspozycji i powstrzymaniu reakcji. Ilustrując to na przytoczonym przykładzie, terapia, w dużym uproszczeniu, będzie polegała na świadomym dotykaniu przez pacjenta „brudnego” miejsca (np. ławki z przyklepioną gumą). Taka ekspozycja spowoduje

pojawienie się obsesji i nasilenie lęku, z którym pacjent do tej pory radził sobie poprzez wykonanie czynności natrętnej. W terapii uczymy go innego sposobu rozładowania niepokoju – poprzez odwrócenie uwagi od myśli natrętnej i niepokoju. Kiedy skupi się na wykonaniu innej i przyjemnej czynności, powstrzyma reakcję dotychczasową. Kiedy pacjentem będzie pięciolatek, nie przejdzie przez ten proces sam. Nieodzwonne wsparcie rodziców przyda się zwłaszcza w domu, ponieważ cotygodniowe godzinne spotkanie z terapeutą nie wystarczy, by objawy ustąpiły. To tak, jakby ktoś chodził na siłownię raz na trzy tygodnie i oczekiwał wzrostu tkanki mięśniowej. Terapia behawioralna jest tym skuteczniejsza, im systematyczniej się jej poddajemy. Optymalnie byłoby, gdyby rodzic był niejako koterapeutą – osobą, która wspólnie z dzieckiem będzie prowadziła ekspozycję i powstrzymanie reakcji na co dzień w domu. Im dziecko jest starsze, tym więcej zależy od niego. Podejmuje się samodzielne wykonanie części zadań, a przy niektórych potrzebuje pomocy. Dla nastolatków możliwość samodzielnego decydowania jest tym ważniejsza, że są w procesie budowania autonomii. Jednocześnie współpraca między nimi a rodzicami jest tym cenniejsza, że w jej trakcie także rodzice uczą się właściwego reagowania na objawy dziecka. Dlatego warto zapytać pacjenta w takim wieku, z jakimi zadaniami pomiędzy sesjami poradzi sobie sam, a w jakich potrzebuje pomocy rodziców.

Jak rodzice przeżywają zdiagnozowanie u ich dziecka OCD?

Z punktu widzenia terapeuty wiem, jak ważne jest, by rodzice zaakceptowali to, że ich dziecko cierpi na OCD i najprawdopodobniej zawsze będzie miało do niego skłonność. Temu procesowi może towarzyszyć żaloba po pragnieniach posiadania zdrowego dziecka, podobnego do innych dzieci lub do jego zdrowego rodzeństwa. Byłoby dobrze, gdyby doszli do konkluzji, że można mieć udane i szczęśliwe życie, w którym mierzymy się z natręctwami.

Mógłbym to porównać do zaakceptowania wady wzroku, z którą ich dziecko codziennie będzie się budziło i będzie potrzebowało okularów lub soczewek, żeby nie przeszkadzała mu w dobrym funkcjonowaniu. I tak jak wada wzroku, OCD może się pogłębiać, ale też ustępować. Są pacjenci, u których po terapii nie następują nawroty, innym objawy stale towarzyszą i tylko zmieniają swoje nasilenie, a bywają i tacy, którzy wracają

do gabinetu po pięciu latach, ponieważ objawy OCD powróciły jako „następstwo” przeżywanego w danym czasie kryzysu.

Podczas ekspozycji i powstrzymania reakcji dziecko mierzy się z bodźcami wywołującymi w nim lęk. Powstrzymuje się od kompulsywnego zachowania aż poziom lęku znacząco zmaleje. Jak radzą sobie rodzice obserwujący swoje dziecko w sytuacji wywołującej w nim silny stres czy cierpienie? Rodzicielskim odruchem jest chęć uchronienia go w takiej sytuacji.

Specyfika pracy z małymi dziećmi polega między innymi na tym, że to najpierw rodzice muszą sobie odpowiedzieć, czy są w stanie uwierzyć w to, że lęk i napięcie związane z leczeniem nie zrobią krzywdy ich dziecku. Następnie wspólnie z terapeutą wybierają te sytuacje, w których faktycznie są gotowi zaakceptować obserwowanie napięcia, płaczu czy napadu złości u córki lub syna. Gdy wyobrazimy sobie przedszkolaka, którego uczymy samodzielności, możemy za którymś razem pożegnać się z nim przed wejściem do przedszkola, aby w szatni przebrał się samodzielnie i poszedł do swojej sali. Prawdopodobnie będziemy wówczas odczuwać niepokój związany z tym, czy maluch sobie poradzi, czy nie poczuje się porzucony, czy co pomyśli o nas rodzice innych dzieci. To prozaiczna sytuacja z życia rodzica, z którą większość z nas dobrze sobie radzi. Natomiast w czasie ekspozycji dziecko doświadcza silnego lęku i niepokoju – to naprawdę trudna sytuacja także dla rodziców. Często towarzyszy jej płacz lub wybuch złości dziecka. Dlatego na początku terapii wspólnie tworzymy hierarchię bodźców i rozpoczynamy pracę od tych najmniej trudnych – zarówno dla rodziców, jak i dla dziecka.

Gdy na terapię trafiają rodzice z dzieckiem, małżonkowie mogą udzielać sobie wsparcia w tych sytuacjach. Jak wygląda praca z samotnym rodzicem i jego pociechą?

Z moich doświadczeń wynika, że wygląda to bardzo podobnie. W wielu tzw. pełnych rodzinach istnieje podział na rodzica zarabiającego na utrzymanie rodziny oraz tego, który opiekuje się dziećmi i domem. Dlatego często na terapię z dzieckiem trafia jedno z rodziców, bo małżonek w tym czasie pozostaje w pracy lub opiekuje się rodzeństwem pacjenta. Znacznie rzadziej oboje rodzice uczestniczą w spotkaniach terapeutycznych, co nie oznacza, że oboje nie są zaangażowani w ćwiczenia w domu.

Nastolatek z OCD, który cierpi na natręstwa czyściwości, może chcieć wymóc na najbliższych pozostawanie poza jego pokojem, niedotykanie jego rzeczy itd. Takie zachowania w sposób nieunikniony będą wywoływały konflikty między rodzeństwem czy dzieckiem i rodzicami. Jednak ani dostosowanie się do objawów, ani ich krytykowanie nie pomoże w ich wyeliminowaniu. Jakich reakcji wobec zaburzenia unikać, a jakie w sobie wykształcać?

Najważniejsze jest to, aby pamiętać, że pojawianie się objawów jest niezależne od woli, zatem nie jest to niczyja wina, złośliwość czy brak chęci do zmiany postępowania. Bardzo często jest tak, że



zanim dziecko rozpocznie terapię poznawczo-behawioralną czy farmakoterapię, jest ono bezradne wobec objawów. Dopiero z tym wsparciem zaczyna sobie umieć z nimi radzić. Farmakoterapia może znacząco obniżyć napięcie i lęk wywoływane przez obsesje, a terapia dać umiejętności powstrzymywania od wykonania kompulsji. Dlatego to tak ważne, aby dziecko otrzymywało od rodziców komunikat mówiący o tym, że objawy nie są jego winą, a jednocześnie jako rodzice będą starać się w nich nie uczestniczyć. Rzeczywiście idealną sytuacją dla terapii byłoby „niewchodzenie” rodziców „w objawy dziecka”, ale jak już powiedziałem, może być to dla nich za trudne, ponieważ w którymś momencie chcą ulżyć dziecku w przeżywaniu jego niepokoju lub uzyskać chwilowy spokój.

Kiedy dziecko któryś raz z rzędu dopomina się zapewnienia go, że dobrze coś zrobiło, jaka reakcja byłaby „niewchodzeniem” rodziców w objawy OCD?

Np. powiedzenie mu, że odpowiedziało mu się już dwa razy, więc kolejne pytanie jest objawem zaburzenia, zatem już więcej się nie odpowie. Jako lekarz pytam pacjenta w takich sytuacjach, czy odpowiedzi

potrzebuje on sam, czy jego choroba. I dodaję, że jeśli jest domaga się jej OCD, to z nim nie będę rozmawiał, bo nie mogę robić niczego, co mogłoby zaszkodzić mojemu pacjentowi.

Za właściwe zachowanie (niewykonanie kompulsji) dziecko otrzymuje nagrodę. Kiedy jednak nie udaje mu się pokonać OCD, przepada także nagroda, a pacjent przeżywa „podwójną” frustrację. Czy to nie zniechęca go do podejmowania kolejnych prób?

Mnie by zniechęciło... Dlatego uważam, że należy nagradzać dziecko już za samą próbę wykonania zadania, bez względu na efekt podjętych działań. Warto też rozważyć przyczynę ewentualnej „porażki” – może było nią zbyt trudne zadanie, czyli zbyt silny niepokój do pokonania? Wówczas warto zacząć od czegoś, co wywołuje mniejszy lęk.

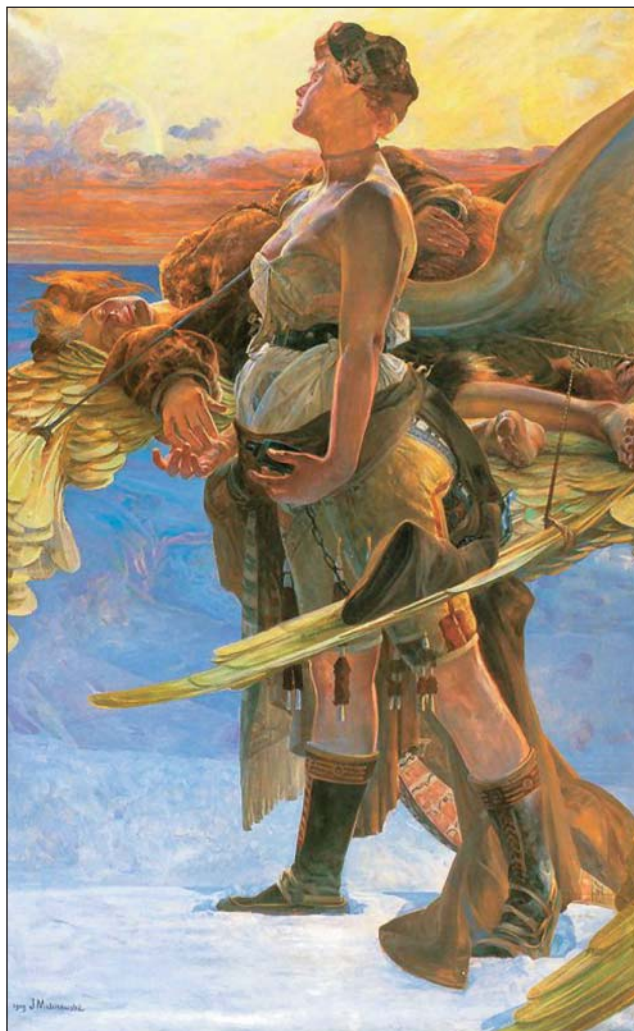
Młodsze dziecko trafia na terapię przyprowadzone przez swoich rodziców, co niekoniecznie może się udać w przypadku dojrzewającego nastolatka. Jak go zmotywować do podjęcia leczenia?

Zasadniczym tematem podczas rozmowy z młodą osobą z OCD jest kwestia czasu, który traci, gdy władzę nad nią przejmuje zaburzenie. Pytam więc, co by zrobiła z trzema lub czterema godzinami dziennie, które by zyskała, gdyby uwolniła się od objawów? Wyobrażam sobie, że jeżeli podjąłbym dodatkową czterogodzinną pracę, straciłbym czas dla rodziny i znajomych. Natomiast, kiedy ten czas traci nastolatek, dzieje się to przede wszystkim kosztem kontaktów towarzyskich, w konsekwencji czego zubażają się jego umiejętności społeczne, co z kolei prowadzi m.in. do niskiej samooceny. Terapia służy temu, by jakość życia pacjenta była lepsza. Co to oznacza dla nastolatka? Może np. swobodne przebywanie wśród znajomych i jedzenie chipsów z tej samej paczki bez obsesji związanej z tym, że wkładają do niej dłonie inne osoby.

Jakie inne przyczyny – poza niewłaściwym stopniem trudności zadania do wykonania – mogą utrudniać osiągnięcie sukcesów terapeutycznych? Czy w swojej praktyce spotkał się pan z pacjentami, u których dominowały wtórne korzyści wynikające z zaburzenia?

Definicja sukcesu terapeutycznego jest dość rozbieżna. Wyniki badań naukowych wskazują, że terapia jest skuteczna, kiedy objawy zmniejszyły się o 20%. Klasyfikacja DSM-5 uznaje za osobę

zdrową kogoś, u kogo objawy OCD zajmują mniej niż godzinę dziennie. W mojej opinii sukcesem jest zdecydowane ograniczenie objawów w odniesieniu do momentu rozpoczęcia terapii oraz to, że nie zaburzają one funkcjonowania pacjenta. Pracowałem także z pacjentami, którzy uważali, że dzięki OCD zyskali coś, czego bez niego nie mieli, np. czułość rodziców. W takich sytuacjach rozważałem z pacjentem, co można zrobić, aby tę korzyść utrzymać, jednocześnie będąc zdrowym. Sytuacje, w których dziecko lub nastolatek nie uznaje korzyści z leczenia, są rzeczywiście trudne. Wiele lat temu mój ówczesny pacjent przyznał, że zanim zachorował, rodzice go bili, a po rozpoznaniu u niego OCD przestali. Inny z moich pacjentów opowiadał o tym, jak niekomfortowo czuje się w kontaktach z ludźmi, a chorowanie na OCD zapewniło mu powód do unikania relacji z rówieśnikami. Żeby doświadczyć efektów terapii trzeba być w niej konsekwentnym. Ekspozycja na bodziec wywołujący lęk jest co najmniej nieprzyjemna, a powinno się ją podejmować codziennie. Dlatego nie uda się wyzdrowieć bez przekonania, po co się to robi.



Zachowanie rodziców jest dla dziecka przykładem tego, że z zaburzeniem (lub jakimkolwiek innym problemem) można sobie poradzić lub można się go bać i czuć wobec niego niemoc. Czy możliwa jest skuteczna terapia dziecka z OCD, gdy jego rodzice przejawiają lękliwy lub bierny stosunek do życia?

Ten, kto jest rodzicem – a sam nim jestem – wciąż popełnia błędy, ale w przypadku dziecka zdrowego większość z nich nie powoduje poważnych szkód. Jednak wygląda to zgoła inaczej, gdy dziecko choruje, niezależnie od tego, czy cierpi z powodu anginy, cukrzycy czy OCD. Rodzice wówczas dostają od lekarza konkretne wskazania i stan zdrowia małego pacjenta będzie zależał w dużej mierze od tego, czy będą ich przestrzegać. W przypadku OCD pierwszym zaleceniem wobec rodziców chorego dziecka jest ich udział w terapii. Zatem jeżeli się na to nie zdecydują, to terapia w ogóle nie zaistnieje, a stan zdrowia ich dziecka prawdopodobnie będzie się pogarszał.

Lęk, wstyd czy złość to niektóre z emocji mogących towarzyszyć rodzicom dziecka z OCD. Mogą one zniechęcać do powiedzenia otoczeniu o zaburzeniu. Dlaczego warto podzielić się doświadczeniem z nim związanym z tymi, którzy najczęściej przeżywają z dzieckiem?

Uważam, że w objawy OCD i metody leczenia powinny być wprowadzone osoby, które pozostają faktycznymi opiekunami dziecka. Rodzina sama zdecyduje, czy zechce opowiedzieć o nich np.

dziadkowi, z którym widuje się raz na pół roku. Jednak dziadek, który co drugi dzień odbiera wnuka ze szkoły i opiekuje się nim kilka godzin po lekcjach, powinien wiedzieć, jak sobie radzić, by pomóc dziecku i nie dawać się wciągać w objawy.

Biorąc pod uwagę, że OCD jest zaburzeniem neurobehawioralnym, na ile cierpiący na nie nastolatki mogą się obawiać przekazania go w przyszłości swoim dzieciom?

Zdarzały mi się sytuacje, w których młoda osoba pytała mnie, czy powinna powiedzieć o zaburzeniu swojemu partnerowi, jednak to zawsze musi być jej decyzja. Poziom odziedziczalności OCD jest raczej umiarkowany. Z drugiej strony większość badań nad rodzinami potwierdza, że wskaźnik występowania OCD wśród krewnych w pierwszej linii pokrewieństwa jest 3–12 razy większy niż należałoby tego oczekiwać na podstawie bieżących szacunków chorobowości OCD. Nikt nie ma jednak na to wpływu czy jego dziecko zachoruje, czy nie. Warto pamiętać o tym, że objawy OCD mogą nawracać. Moglibyśmy to porównać do skłonności do otyłości. Osoby, u których występuje, powinny kontynuować właściwy sposób odżywiania także po uzyskaniu zamierzonego celu i schudnięciu np. o 20 kg. Podobną czujność powinny zachować osoby ze skłonnością do myśli i czynności natrętnych, których prawdopodobieństwo pojawienia się zwiększa się w sytuacjach trudnych emocjonalnie. Jednak kiedy dostrzegą je u siebie, warto, aby wróciły do wyuczonych technik radzenia sobie z nimi.

Skąd bierze się świąteczne obżarstwo?

Monika Szydłowska

Ludzkość przez tysiąclecia cierpiała na skutek tego, że jako gatunek, jako grupa społeczna i jako jednostka nie mieliśmy pod dostatkiem żywności. Do połowy XIX w. ludzie często niedojadali. Nasi dziadkowie, czy pradiadkowie inaczej obchodzili święta. Mocno podkreślali ich sakralny charakter. Jedynie kilkanaście procent mieszkańców naszego kraju mogło sobie pozwolić na wypełnione po brzegi półmiski. Stoły uginające się pod przysmakami były przywilejem zamożnych. W wielu domach nie pojawiało się nawet przysłowiowe 12 potraw. Stołu nie wypełniała masa półmisków z mięsem, jajkami i majonezem. Wspólny posiłek był jedynie dodat-

kiem do spotkania rodzinnego. Bożonarodzeniowe potrawy były wyjątkiem – na co dzień dostępność produktów była mniejsza. Tak więc otyłość była czymś bardzo pozytywnym.

Przedświąteczny nastrój wprowadza ludzi w szal. Zdarza się, że pod koniec października, razem ze zniczami na Święto Zmarłych, kupujemy pierwsze kilogramy mięsa, mąki i cukru. *Ile razy znaleźliśmy się w takiej sytuacji przy stole, że wciskaliśmy coś w siebie na siłę. Jedna, dodatkowa łyżeczka spowodowała lawinę kolejnych porcji* – mówi Janusz Arrasz, promotor zdrowego żywienia, wykładowca i twórca autorskich programów z zakresu m.in. profilaktyki

zdrowia. *Już na co dzień jemy obficie, nawet za dużo, a podczas Bożego Narodzenia zjadamy jeszcze większe porcje.* Obżarstwo i uginające się stoły mają niewiele wspólnego z polskimi tradycjami bożonarodzeniowymi. *Takie zachowania byłyby zrozumiałe, gdybyśmy musieli, jak niedźwiedzie, gromadzić zapasy. Jednak większości z nas niczego nie brakuje.*



Łakomstwo, obżarstwo, nieumiarkowanie w jedzeniu i piciu, przejedzenie. Sytuację, w której przesadzamy z ilością spożytych posiłków możemy nazwać na wiele sposobów.

Jak możemy walczyć z polskim, świątecznym grzechem narodowym Dlaczego tak się objadamy w święta? Głodu raczej nikt z nas już nie cierpi, w adwencie też specjalnie się nie umartwiamy, ale gdy nadchodzą te trzy dni – Wigilia, pierwszy i drugi dzień świąt – rzucamy się na jedzenie, jak – nie przysięgając – po czterdziestodniowym poście?

Tak na dobrą sprawę ilości produkowanego przez mamy i babcie jedzenia są w Polsce wyjątkowe. A także wyjątkowo ciężko później te oponki, walczyki i schabiki po świętach jest zrzucić. Objadamy się przez trzy dni, a przez kilka kolejnych zjadamy resztki potraw. Zwykle w polskich tradycyjnych domach są takie ilości jedzenia, że nawet po zaproszeniu do domu gości na wszystkie dni świąteczne i obdarowaniu każdego pasztetem czy makowcem zalega ono w lodówce i na balkonie. I albo się je z łakomstwa zjada, albo się po kilku dniach – wyrzuca. Wszystkiego jest za dużo, po tygodniu z mięsem w rolach głównych, mamy ochotę na makaron czy nawet sałatę, no ale zmuszamy się do kolejnej kanapki ze schabem, porcji sałatki z majonezem i sosu tatarskiego. Jak mawiają niektórzy: „lepiej zjeść i zwymiotować niżby miało się zmarnować”.

I tak do Nowego Roku, kiedy zaczynamy snuć obietnice na temat diety i odchudzania...

Najgorszy dla organizmu jest szok, najpierw objadamy się dużymi ilościami, bardzo ciężkiego, wysokokalorycznego jedzenia, a następnie przecho-

dzimy na głodówkę, żeby zmieścić się w sylwestrową kreację. Zdecydowanie lepszym pomysłem jest lekka dieta. Na dwa-trzy dni przed świątecznym szaleństwem, jak i tuż po nich warto ograniczyć spożycie białka – zwłaszcza zwierzęcego, a także cukru i tłuszczu, codzienne menu zastąpić bogatszym w warzywa i kasze.

Już w starożytnej Grecji zwracano uwagę, że umiar w jedzeniu jest cnotą, a obżarstwo przywarą. Zasadnicza zmiana paradygmatów nastąpiła jednak dopiero w momencie moralizacji odżywiania przez reformację we wczesnym XVI wieku. Apele o umiar stały się kulturową normą.

Alternatywą obżarstwa mogą być Święta w ruchu. Na nartach, albo pod wodą nad ciepłym morzem, na które oczywiście nie każdy z nas może sobie pozwolić, tak z braku środków, jak i z wielu innych przyczyn. Ale zdrowy rozsądek każdy z nas może z siebie ten raz czy dwa razy do roku wyrzesać i zamiast dojadać, wyjść na spacer czy chociażby – kiedy leje – na ściankę wspinaczkową czy pływalnię. Każdy ruch się liczy co może być świetnym powodem, żeby podnieść się z kanapy i sprzed telewizora i ruszyć gdzieś z rodziną. *Pamiętajmy też o piciu! Słodką kawę czy herbatę warto zastąpić ciepłą wodą z cytryną. To powinien być pierwszy napój, który spożywamy zaraz po przebudzeniu. Nie dość, że poprawia trawienie, to jeszcze wysyła do mózgu sygnał sytości. Dzięki czemu już świąteczne śniadanie spożyjemy nieco mniejsze.*

9 sposobów na świąteczne obżarstwo

Byłoby czymś pięknym, gdyby dania wigilijne udało spożywać się w pewnej kolejności, uzależnionej **od strawności produktów**. I tak np. zacząć biesiadę od produktów lekkich, szybko strawnych, które w naszym żołądku są tylko kilkadziesiąt minut. Następnie przejść do spożywania produktów trudniej strawnych, np. strączków czy dań smażonych. To jednak jest tylko teoria. W praktyce nie ma to odzwierciedlenia, ponieważ różnorodność dań i ich składników jest zbyt wielka. Jeżeli jednak przygotowujemy dania na obiad dla całej rodziny, wybierzmy zdrowsze sposoby przygotowywania dań; zamiast smażenia wybrać pieczenie lub duszenie, przygotować kilka surówek, na stole położyć więcej owoców, zamiast słodkich ciasteczek:

1. Pamiętajmy o przyprawach

- pieprz czarny czy pieprz Cayenne – mocno rozgrzewające, przyspieszą przemianę materii, pomagają przy niestrawności;

- majeranek, tymianek, liść laurowy – pamiętajmy o nich szczególnie gotując kapustę, dania z nasionami strączkowymi czy przygotowując farsz do pierogów, nie tylko nadadzą cudownego aromatu, ale dodadzą lekkości daniom, dzięki czemu unikniemy wzdęć;



- cynamon, goździki, kolendra, imbir czy gałka muszkatołowa – to nie tylko aromaty, kojarzące się z magią świąt, ale również świetne dodatki deserów, które pomogą w ich trawieniu.

2. Pamiętajmy o błonniku!

Włókno, inaczej nazywane błonnikiem, to nie tylko wymiatacz, ale też niezła pożywka dla bakterii, zamieszkujących jelita. Warto pamiętać o jego dobroczynnym działaniu, przygotowując dania z wykorzystaniem pełnoziarnistych produktów. Dzięki takiej niewielkiej zmianie unikniemy świątecznych zaparć!

3. Człowiek nie wielbłąd, pić musi!

Nie chodzi nam akurat o trunki wyskokowe, których na pewno nie zabraknie na polskich stołach, ale o tradycyjną, czystą wodę mineralną. Unikajmy słodzonych, kolorowych napojów, za to wymieńmy je na kompot wigilijny, lub wodę z cytrusami i miętą.

4. Nie musisz wszystkiego próbować!

Największa zmora wigilijnej kolacji: „Musisz zjeść każde danie!” Jako dziecko napawało mnie to przerażeniem, że muszę skosztować nawet takie dania, których nie lubię. Tradycja to tradycja, mus to mus. Po dziś dzień zjedzenie 12 dań to niezły wyczyn, pamiętajcie jednak o zdrowym rozsądku. Nie trzeba przecież zjadać po pełnym talerzu każdej potrawy – wystarczą 4 uszka z barszczem, 2 piero-

gi, a z ciasta po można zrezygnować i poprobować ich w kolejne dni świąt. Od stołu wstaniemy z lżejszym brzuchem i lepszym samopoczuciem.

5. Rodzinne biesiadowanie przy stole

Wigilijna kolacja czy świąteczny obiad to dla niektórych rodzin jedna z niewielu okazji do spożycia posiłku w rodzinnym, pełnym gronie. Nie daje to przyzwolenia na przesiadywanie i ciągłe jedzenie przez całe popołudnie czy wieczór. Po posiłku warto poświęcić trochę czasu na wspólną aktywność. Może to być spacer na świeżym powietrzu, albo na ciekawą grę, gdzie członkowie rodziny będą ze sobą rywalizować. Takie urozmaicenie zmniejszy ilość spożytych kalorii, a dodatkowo przyspieszy ich trawienie, by treść żołądkowa mogła szybciej przejść do jelit.

6. Nie spiesz się!

Skoro Świąta to jedyny czas, kiedy możesz spokojnie usiąść i zjeść z całą rodziną, warto te chwile celebrować. Nie tylko ze względu na umocnienie relacji z bliskimi, a przede wszystkim dla naszego układu pokarmowego. Odpowiednio pogryzione potrawy szybciej zostaną rozłożone przez kwas żołądkowy i szybciej zostaną wchłonięte w jelitach. Odpowiednio przygotowana w jamie ustnej treść pokarmu szybciej przebrnie przez cały układ pokarmowy, a my będziemy czuć się lepiej. Ma to duże znaczenie również jeśli chodzi o choroby metaboliczne czy sercowo – naczyniowe.

7. Na ratunek zmęczonemu układowi pokarmowemu

Niestety stało się. Najadłaś się po same uszy. Nie potrafiłaś odmówić, zresztą każde danie było takie pyszne. Ciężko było wstać od stołu, kiedy pod nos podkładali coraz to nowsze, wymyślne potrawy. Tłumaczysz sobie, że przecież nie masz tego na co dzień, więc musiałeś skorzystać. Teraz boli brzuch, masz wzdęcia, nie wspominając o kilkudniowych już zaparciach... W takiej sytuacji warto zaufać babcinym sposobom i ratować się tym, co dała nam natura.

Sz szczególnie korzystne okażą się tu napary ziołowe do picia, np.:

- z mięty
- z czystka
- z liści zielonej herbaty.

W swojej kuchni warto mieć również mieszankę babki plesznik i babki jajowatej, które wspomogą nas przy zaparciach.



8. Chwila wytchnienia dla jelit

Po szalonym okresie świętowania i wielkiego objadania się warto w swoim jadłospisie znaleźć miejsce dla dań lekkostrawnych. Jeśli czujemy się na siłach możemy spróbować jednodniowego postu, ale

jeżeli brak nam silnej woli to zastosujmy kilka sztuczek podczas przygotowywania posiłków:

- zrezygnujmy z ciężkostrawnych, smażonych potraw na rzecz warzyw gotowanych na parze
- wybierzmy zamiast ziemniaków okraszonych masłem, biały, ugotowany do miękkości ryż
- przygotujmy duży garnek zupy jarzynowej na roślinnym bulionie – na obiad jak i na kolację
- nie odrzucajmy kiszzonej kapusty!

W ten sposób pomożemy naszemu organizmowi powrócić do normalnego trybu po bożonarodzeniowym szaleństwie.

Tylko od nas zależy, czy my i nasi bliscy w odpowiedniej atmosferze spędzimy święta Bożego Narodzenia. Ważne, byśmy nie zapominali o prawdziwych tradycjach – czasie, który powinniśmy spędzić z bliskimi.

Kawa i czekolada. To połączenie uczyni cię mądrzejszym

Monika Szydłowska

Współcześnie kawa i czekolada są spożywane bardzo powszechnie – niektórym trudno wyobrazić sobie poranek bez filiżanki aromatycznej kawy. Występują w różnych formach, od płynnej po stałą, jako zimne lub ciepłe napoje, z dodatkiem różnorodnych syropów oraz przypraw. Choć wiadomo, że ich nadmiar szkodzi zdrowiu, wciąż stanowią element codziennej diety. Czy tak było zawsze? Kiedy kawa i czekolada pojawiły się na europejskich dworach, a kiedy zawitały do Polski?

Czekoladę poznano w XVI wieku podczas podboju Ameryki Południowej. Wiadomo, że Aztekowie uznawali ją za wzmacniający napój elit, a ziarna składali bogom w ofierze i wykorzystywali jako środek płatniczy. Napój ten był zazwyczaj gorzki (*xocoatl* – gorzka woda), choć stosowano różne dodatki, takie jak chili czy wanilię.

Niektóre źródła donoszą, że już w 1528 roku Hernán Cortés przesłał ziarna kakaowca na dwór hiszpański. Jednak z pewnością czekolada pojawiła się w Europie w 1544 roku. Wówczas Majowie, przywiezieni z Ameryki przez dominikanów, ofiarowali ją w darze królowi Hiszpanii, Filipowi II. Początkowo nie spotkała się z aprobatą, głównie ze względu na gorzki posmak. W miarę jak nauczono się ją przyrządzać (zwłaszcza z dodatkiem cukru i śmietanki), stała się modna i weszła do dworskiego menu – podawana najczęściej w formie płynnej w specjalnych naczyniach zwanych

czekoladnicami. Były to podłużne, zazwyczaj kamionkowe lub porcelanowe, dzbanki z przykrywką i mieszadełkiem. W niektórych krajach czekolada stała się tak popularnym napojem, że stawiano specjalne kuchnie do jej przyrządzania. Przykładowo w angielskim Hampton Court pod koniec XVII wieku wybudowano dodatkowe pomieszczenia, w których przygotowywano czekoladę na śniadanie dla króla Wilhelma III i królowej Marii II. W Polsce czekolada rozpowszechniła się prawdopodobnie w XVII wieku. Uznawano ją za afrodyzjak. Ze względu na jej pobudzające właściwości toczyła się też dyskusja na temat możliwości picia czekolady w czasie postu. Wiemy, że Jan III znał czekoladę, wspomina ją w jednym ze swoich listów do Marysieńki (z 25 lipca 1665 roku) i określa jako „ciokolatę”. Wymienia też prawdopodobnie czekoladnicę i mieszadełko – nazywając je garnuszkiem i drewnem do zamieszania: „Ciokolatę jeśli Wć [Wać, waćpani] masz, moja duszo, przyślij mi Wć; tylko by garnuszka potrzeba, choćby wziąć ten u M. des Noyers [chodzi zapewne o Piotra des Noyers, dyplomatę i sekretarza królowej Ludwiki Marii – P.Sz.], a taki mu odrobić kazać; także i to drewno do klócenia albo zamieszania”. Podobno miłośnikami czekolady byli także późniejsi magnaci i władcy, na przykład Izabela Lubomirska i Stanisław Kostka Potocki (podawano mu ją na śniadanie), słynni kolekcjonerzy i właściciele wielu rezydencji – Wilanowa czy Łańcuta.

Przepadał za nią ostatni król Polski – Stanisław August Poniatowski. W zbiorach Uniwersytetu Jagiellońskiego znajduje się tabliczka czekolady, wykonana prawdopodobnie przez królewskiego cukiernika Jana Rychtera podczas pobytu Stanisława Augusta w Krakowie w 1787 roku. Pierwsza w Polsce kawiarnia, w której serwowano też czekoladę, powstała w pierwszej połowie XVIII wieku w Warszawie. W Europie takie miejsca istniały już pod koniec XVII wieku.

A jak to było z kawą? Owoce kawowca wykorzystywane były w Etiopii już w I tysiącleciu p.n.e. Spożywano je gotowane z dodatkiem masła i soli, lecz nie uprawiano, tylko zbierano ze stanowisk naturalnych. Już w końcu XV wieku położony na południowym krańcu Morza Czerwonego arabski port Al-Mucha (bardziej znany jako Mokka) był dużym ośrodkiem handlu ziarnami rośliny zwanej kohwet. Wraz z ekspansją arabską zwyczaj picia kawy rozpowszechnił się na całym Bliskim Wschodzie.

Napój kawowy zaczął być popularny w Europie w połowie XVII wieku głównie dzięki kontaktom

kowi Kulczyckiemu. Ten zaś założył w Wiedniu pierwszą na świecie kawiarnię. Podawał kawę słodzoną, najczęściej miodem, dzięki czemu napój zyskał popularność. W Polsce kawa początkowo nie wzbudzała entuzjazmu, być może ze względu na jej pogańskie (diabelskie) pochodzenie – kojarzono ją z Turcją. Znaczenia nabrała dopiero, gdy zaczęto ją postrzegać jako modną używkę z zachodu. Pod koniec XVIII wieku w Warszawie istniało już kilka kawiarni, na przykład „Pod Złotym Orłem” czy „Wiejska kawa”.

Od lat toczą się boje, czy kawa jest zdrowa. Ale ten fakt połączenia kawy z czekoladą może cię zaskoczyć...

Zmordowana po całym dniu pracy wracasz do domu i marzysz tylko o dwóch rzeczach: ciepłej czekoladzie wzmocnionej kawą i gorącej kąpieli. Wszyscy eksperci zdrowotni przyklasną ci w kwestii kąpieli (jeśli nie będzie za długa i za gorąca) ale co powiedzą na kawę z czekoladą. I to jeszcze po ich połączeniu?

Mamy doskonałą wiadomość dla wszystkich kawoszy i miłośników czekolady. Od teraz możecie

rozkoszować się swoim ulubionym napojem bez wyrzutów sumienia. Naukowcom udało się potwierdzić jego niezwykle właściwości. Wielu kawoszy uważa, że kawę powinniśmy pić czarną, bez jakichkolwiek dodatków. Z pewnym niesmakiem spoglądają na osoby, które dodają do niej cukier i mleko. Tymczasem okazuje się, że pijąc kawę bez dodatków mogą wiele stracić. Naukowcy z Uniwersytetu Georgia przeprowadzili bardzo ciekawe ba-

dania, których wyniki powinny ucieszyć miłośników czekolady i kawy.

W celu sprawdzenia właściwości tego napoju, do udziału w eksperymencie zaproszono studentów, którym zalecono codzienne wypijanie kawy, gorącej czekolady lub mieszanki tych produktów. Grupie kontrolnej serwowano placebo. Każdego dnia, po wypiciu napoju, uczestników badania proszono o wypełnienie testu, mającego zobrazować kondycję ich mózgu.

Jak wykazały wyniki eksperymentu, w dniach, kiedy pili kawę z czekoladą, badani wykazywali się znacznie wyższym poziomem koncentracji, niż osoby pijące inne napoje. Czas reakcji na zadania zdecydowanie się skrócił, a średni wynik testu znacząco



handlowym z Turcją. Na teren Europy kawa trafiła prawdopodobnie na przełomie XVI i XVII wieku. Pierwszą kawiarnię otwarto w 1522 roku w Belgradzie będącym wówczas pod panowaniem tureckim. W Polsce ziarna kawy stały się w XVII wieku jednym z medykamentów znajdujących się w szafie aptecznej, w której trzymano różne piguły, maści czy olejki o charakterze leczniczym. Wierzano, że kawa również ma właściwości zdrowotne – podobno spożywanie jej na czczo wspomagało trawienie i uśmierzało ból głowy.

Najsłynniejsza legenda związana z kawą dotyczy Jana III i bitwy pod Wiedniem w 1683 roku. Uciekający spod miasta Kara Mustafa zostawił worki z kawą, które Jan III przekazał Jerzemu Francisz-

się podnosił. Co więcej, zauważono również, iż zmieszanie kawy z czekoladą złagodziło efekty uboczne działania kofeiny, takie jak nadmierne pobudzenie lub drażliwość.

Inne właściwości kawy

Badania przeprowadzone przez naukowców z Uniwersytetu Harvarda potwierdziły, że ryzyko wystąpienia depresji obniża się aż o 20% u kobiet, które wypijały co najmniej cztery filiżanki kawy w ciągu dnia. Wiele wskazuje na to, że kluczem do rozwiązania tej zagadki jest kofeina – efekt ten nie występował u kobiet, które pijały kawę bezkofeinową.

Naukowcom udało się również udowodnić, że picie od trzech do pięciu filiżanek kawy w ciągu dnia może obniżyć ryzyko zachorowania na chorobę Alzheimera blisko o 1/5. Z kolei inne badania dowiodły, że podobna ilość kawy może również obniżyć ryzyko wystąpienia ataku serca oraz cukrzycy.

Kofeina zawarta w kawie doskonale wpływa na naszą kondycję fizyczną i wytrzymałość. Po wypiciu kawy, przebiegnięcie długiego dystansu lub wykonanie intensywnego treningu będzie dla zdecydowanie prostsze. Najlepiej jest wypić ją 40 minut przed planowanym wysiłkiem fizycznym. Warto również zapamiętać, że kawa doskonale pobudza nasz metabolizm, a ponadto hamuje łaknienie, dzięki czemu zmniejsza się prawdopodobieństwo, że sięgniemy po przekąskę między posiłkami. W związku z tym jej picie poleca się wszystkim osobom, które walczą ze zbędnymi kilogramami.

Jakie właściwości ma czekolada?

Czekolada to przede wszystkim nieocenione źródło magnezu i składników pobudzających produkcję serotoniny czyli „hormonu szczęścia”, odpowiadającego m.in. za zmniejszanie skutków zmęczenia, prawidłowy sen, obniża ciśnienie krwi, ma działanie antydepresyjne i pomaga czerpać większą przyjemność z seksu, dlatego zaliczana jest w poczet naturalnych afrodyzjaków.

Z kolei magnez zawarty w czekoladzie, oprócz zbawiennego oddziaływania na układ nerwowy, pomaga także zapobiegać osteoporozie, chroni organizm przed toksycznymi substancjami, reguluje pracę mięśni i tarczycy.

Kilka kostek czekolady dziennie poleca się również kobietom oczekującym dziecka (regularne spożywanie sprzyja rozwojowi płodu, a badania dowodzą, że dzieci kobiet, które często po nie sięgają są bardziej aktywne i weselsze od swoich rówieśników) i studentom oraz osobom przemęczonym pracą umysłową (wspomaga pamięć, pobudza koncentrację, minimalizuje zmęczenie).

Jaką czekoladę wybrać, by cieszyć się dobrym zdrowiem i młodym ciałem przez wiele lat? Najwyższe stężenie substancji chroniących nas przed



groźnymi chorobami układu krwionośnego lub nowotworowymi ma czekolada gorzka, o zawartości kakao minimum 70 procent. To właśnie tam drzemie największe źródło drogocennych składników – flawonoidów, polifenoli czy teobrominy znanych głównie z ich oczyszczających i hamujących procesy utleniania związków chemicznych.

„Przeciwieństwa się przyciągają” – to powiedzenie zna każdy z nas, ale w przypadku ziaren, raczej nie ma zastosowania. Więc kiedy następnym razem zaświta Ci w głowie myśl: „Chcę czegoś słodkiego do kawy”, po prostu sięgnij po czekoladę. Razem, czy oddzielnie, kiedy jest do wyboru taka różnorodność, na pewno znajdziesz swoje niebiańskie połączenie!

Ale, ale... Nie rób tego za często. Mokka jest królową kalorii, jeden kubek ma ich 320 (jeśli zrobisz ją na odtłuszczonym mleku obniżasz kaloryczność do 230). To oznacza, że na 80 mg kofeiny ma aż 1 gram tłuszczu. Jeszcze innymi słowami: jedna kawa równa się batonik czekoladowy. Zalecamy umiar.

Na ten Nowy Rok

Monika Szydłowska

Na Nowy Rok

Słyszycie! Północ już bije,
Rok stary w mgły się rozwiewa,
Jak sen przepada...
Krzyczymy: Rok nowy niech żyje!
I rwijmy z przyszłości drzewa
Owoc, co wiecznie dojrzewa,
A nie opada.....
Uderzmy w kielichy z winem
I bratnie podajmy dłonie,
Wszakże już czas!
Choć różni twarzą lub czynem,
Niech nas duch jeden owionie,
Niech zadrży miłością w łonie
I złączy nas!...

Asnyk Adam (fragmenty)



Sylwester (*tlusta wigilia*) – wigilia Nowego Roku, dzień poprzedzający Nowy Rok – 31 grudnia imieniny Sylwestra; w Kościele katolickim, jako wspomnienie liturgiczne papieża Sylwestra I, kiedy to świętuje się koniec starego i początek nowego roku, stanowiąca okres hucznych zabaw i bali, toa-
stów, sztucznych ogni i petard.

Tańce, szampan, fajerwerki, muzyka i całonocna szalona zabawa – z tym większości z nas kojarzy się sylwestrowa noc, w czasie której żegnamy stary rok i witamy nowy. Ale czy zastanawialiśmy się, dlaczego właśnie tak hucznie witamy nadejście Nowego Roku? Okazuje się, że historia sylwestra sięga starożytności, **choć miał on nieco inny charakter.**

Słowo „sylwester” wywodzi się z języka łacińskiego, w którym to imię Silvestris, oznacza człowieka dzikiego, żyjącego w lesie. Często porównuje się je do greckich Dionizji – obchodów ku czci Dionizosa, boga winnej latorośli.

Z pewnością wielu z was zna powiedzenie „Idzie nasz nowy roczek, stary w cień uchodzi”. Około 600 r. p.n.e. Grecy personifikowali nowy rok jako małe dziecko – symbol początku. To właśnie podczas hucznych procesji na cześć Dionizosa, paradowano z dziećmi w koszyku, świętując odrodzenie się ducha płodności. Również mieszkańcy Egiptu utożsamiali początek z niemowlęciem. Początkowo chrześcijanie odrzucali ową symbolikę. Z czasem jednak zaakceptowano ją również w tej religii. Do dziś zachowało się stare przysłowie „Jaki Nowy Rok, taki cały rok”. Według innych wierzeń, sylwester ma pochodzenie mitologiczne. Jak głosi legenda, grecka wróżka Sybilla przepowiedziała, że w roku 1000 nastąpi koniec świata. Zagłady dokonać miał uwięziony w lochach Watykanu smok Lewiatan. Wśród ludności krążyła historia o tym, jak w 317 roku papież Sylwester I uwięził bestię w lochach Watykanu. Sybilla twierdziła, że potwór wybudzi się z wielowiekowego snu i w nocy z 999 na 1000 rok zniszczy istniejącą cywilizację. Gdy zbliżał się przepowiadany czas spełnienia wróżby, w Watykanie urzędował papież Sylwester II. Nie tylko ludność Rzymu, ale cała Europa w napięciu, strachu i przerażeniu oczekiwała nadejścia pamiętnej nocy. W społeczeństwie zrodziło się logiczne skojarzenie, że skoro Sylwester I uwięził smoka, to Sylwester II będzie tym, który go uwolni. Zatrwożeni ludzie oczekiwali na zagładę. Niektórzy chowali się w domach, inni modlili się, a jeszcze inni odprowadzali religijne pokuty. Wybiła północ, lecz Lewiatan się nie pojawił, a świat nadal istniał. Szczęśliwi i uradowani ludzie wybiegli na ulice miast, by świętować kolejny Nowy Rok. Rozpacz zamieniła się w bezgraniczną euforię, której towarzyszyły śpiewy i tańce, lały się strumienie wina. Wówczas po raz pierwszy papież Sylwester udzielił błogosławieństwa „Urbi et Orbi – Miastu

i Świata”. Odtąd nazwy wszystkich zabaw i balów odbywających się na przełomie grudnia i stycznia, pochodzą od imienia tego papieża. Samo święto pożegnania starego i powitania nowego roku narodziło się dopiero na przełomie XIX i XX wieku. Początkowo obchodzono je tylko w bogatszych warstwach społeczeństwa. Stopniowo zwyczaj przedostawał się do życia uboższych ludzi. Na początku XX wieku pojawiły się lokalne zwyczaje przeżywania nocy sylwestrowych. Na przykład w Danii zeskaکیowano z krzesła o północy, a w Hiszpanii od 1909 wraz z każdym uderzeniem zegara zjada się jedno winogrono. W wielu państwach tradycyjnym trunkiem jest wtedy szampan.

Sylwester w Polsce

W Polsce obrzędy sylwestrowe pojawiły się dopiero w XIX wieku. Przybyły one do nas z Europy Zachodniej. Początkowo Sylwestra świętowały jedynie bogatsze warstwy społeczeństwa. Arystokracja witała nowy rok toastem Tokaja – białego, dese-



Zdarzyło się

W poniedziałek 7 października br. jechałam do pracy samochodem, w drodze, w ogromnym korku, zauważyłam dziwnie zachowujący się pojazd. W samochodzie jechały dwie osoby, kierowca w niebezpieczny sposób lawirował pomiędzy innymi samochodami. Kiedy znaleźliśmy się na podobnej wysokości otworzyłam okno i wtedy zobaczyłam, że na siedzeniu pasażera siedzi skulona kobieta, zapytałam czy rodzi i otrzymałam twierdzącą odpowiedź. Krzyknęłam do kierowcy żeby zjechał, podróżującą wraz ze mną przyjaciółkę powiedziałam, że mamy poród i poprosiłam żeby wezwała pogotowie. Stanęliśmy na chodniku przy ul. Niemcewicza, założyłam rękawiczki i pode-

rowego wina pochodzącego z Węgier. Aby przegonić Stary Rok strzelano z bicia. Ziemianie natomiast polowali, strzelali z batów na szczęście, składali życzenia i ucztowali w gronie rodziny. Z sylwestrem związane są liczne ludowe tradycje, np.: wypiekanie „bochniaczków i szczodraków” (chlebów i bułeczek). Przynoszącym zdrowie, szczęście i pomyślność pieczywem obdarowywano domowników. Gospodarz nie mógł zapomnieć o żadnym z gości, dlatego specjalnie dla nich wypiekał tzw. „gościńce”. Nowy Rok starano się obchodzić w radosny sposób – dzieci robiły sąsiadom psikusy i uczestniczyły w urządzeniach po obiedzie kuligach. W ziemiańskich dworach kultywowano także ludowe zwyczaje – według jednego z nich, nawiązującego do Wigilii Bożego Narodzenia, w Nowy Rok należało wystrzegać się różnych czynności, które uznawano za nieprzyjemne. Obawa przed wykonywaniem ich w najbliższej przyszłości była związana z popularnością porzekadła: „Jaki Nowy Rok, taki cały rok”. Zwyczaj witania Nowego Roku szampanem pojawił się w Polsce dopiero w okresie powojennym. W tamtych czasach z nocą sylwestrową związanych było wiele różnych przesądów, na przykład dotyczących pierwszego gościa, jaki w Nowym Roku wejdzie do domu. Młode dziewczęta łąły wtedy воск, aby dowiedzieć się, co przyniesie im nadchodzący rok. Tradycje się zmieniły i dziś już mało kto wie, jak obchodzono sylwester w dawnych czasach. Wróżby i polowania zastąpiło kolorowymi fajerwerkami, a zamiast Tokaja pijemy szampana. Jednak bez względu na upływ czasu, sylwester wciąż kojarzy i będzie nam się kojarzył z radością, tańcami, muzyką, bałem, szaleństwem i zabawą do białego rana.

szłam do Kobiety, była przerażona. Poinformowałam ją, że jestem pielęgniarką i powiedziałam, że wszystko będzie dobrze. Żeby ocenić sytuację musiałam Panią rozebrać i zbadać na miarę moich możliwości i przygotowania. Samochód osobowy, mało miejsca, brak sterylnych warunków. W międzyczasie przeprowadzałam szybki wywiad, dowiedziałam się, że jest to 25 tydzień ciąży, i była to druga ciąża kobiety. Po krótkiej chwili już wiedziałam, że dziecko jest w kanale rodnym i karetka nie zdąży przyjechać-musiałam przyjąć poród. Rodząca była opanowana, a ja robiłam wszystko co w mojej mocy by pomóc jej i dziecku. Kiedy urodziła się dziewczynka poprosiłam moją przyjaciółkę



przekazałam dziecko przyjaciółce i połączone z matką przygotowywałyśmy się do przyjęcia drugiej dziewczynki. Pojawił się zespół ratowniczy, poprosiłam o przecięcie pępowiny, poinformowałam, że mamy bliźniaki. Pierwsza dziewczynka została przekazana Ratownikom, a ja przyjmowałam drugi poród. Kiedy obie dziewczynki zostały zabezpieczone Karetka odjechała, a „my” rodziłyśmy łożyska. Pojawił się drugi Zespół Ratowników. Po urodzeniu łożysk moja rola się skończyła Ratownicy przejęli Kobietę. To był mój pierwszy poród działałam instynktownie. Miałam świadomość w jakich warunkach przyszły na świat Wcześniaki... pierwsze dziecko było bardzo słabe, do czasu przyjazdu Zespołu Ratowniczego reanimowałam Małą. Druga dziewczynka wydawała się silniejsza i zaraz po urodzeniu zaczęła płakać. Zrobiłam wszystko co mogłam w danej sytuacji.

o kurtkę, bo musiałyśmy ochronić maleństwo. Na dworze było 3 stopnie, był wiatr, a karetki wciąż nie było. Wszystko działo się szybko, sytuacja była trudna, warunki spartańskie. Nie miałam czym przeciąć pępowiny, a rodząca poinformowała mnie, że ma w sobie jeszcze jedno dziecko. Wtedy

runkach przyszły na świat Wcześniaki... pierwsze dziecko było bardzo słabe, do czasu przyjazdu Zespołu Ratowniczego reanimowałam Małą. Druga dziewczynka wydawała się silniejsza i zaraz po urodzeniu zaczęła płakać. Zrobiłam wszystko co mogłam w danej sytuacji.

Współczesne wyzwania pielęgniarstwa opieki paliatywnej – konferencja



W dniu 15 listopada 2019 roku w warszawskim centrum konferencyjno-szkoleniowym Golden Floor odbyła się pierwsza edycja konferencji naukowej pod hasłem „Współczesne wyzwania pielęgniarstwa opieki paliatywnej”, która jako jedyna dotychczas konferencja o tej tematyce w Polsce została skierowana tylko do personelu pielęgniarstwa. Była to pierwsza odsłona cyklu zainicjowanego przez Pawła Wittę, doświadczanego pielęgniarza, specjalisty pielęgniarstwa opieki paliatywnej, psychoonkologa pracującego w Hospicjum Domowym Księża Marianów w War-

szawie oraz wydawnictwo Evereth Publishing. Wydarzenie to przyciągnęło 250 uczestników w osobach pielęgniarzek, położnych, opiekunów i wszystkich tych, dla których zagadnienia związane z opieką nad pacjentem paliatywnym odgrywają kluczową rolę.

Patronat honorowy nad konferencją objęła m.in. Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych (WOIPiP). Jak podkreśliła podczas inauguracji Przewodnicząca Anna Dudzińska, Izba obejmując konferencję patronatem uznała, że jest to „arcyważny temat”.

Praktycznie nie ma rodziny, której nie dotknęłaby choroba nowotworowa, dlatego wiem, jak ogromne znaczenie ma ludzka pomocna dłoń, powiedziała Anna Dudzińska. Jestem ogromnie wdzięczna za zaproszenie, to dla nas zaszczyt być tu z Państwem, ponieważ wasza praca – tak rzadko jest dostrzegana i tak mało się o niej mówi, a jest przecież wyjątkowa. W imieniu wszystkich pielęgniarek pracujących poza opieką paliatywną dziękujemy Państwu za ten trud.

Konferencja była okazją do pogłębiania wiedzy i kulturalowej wymiany doświadczeń.

W programie konferencji znalazły się m.in. takie wykłady, jak:

- „Pacjent w obliczu śmierci wyzwaniem dla zespołu opieki paliatywnej”,
- „Narzędzia oceny stanu pacjenta mające zastosowanie w pielęgniarskiej opiece paliatywnej”,
- „Specyfika pediatrycznej domowej opieki paliatywnej”,
- „Współpraca lekarza z pielęgniarką w opiece paliatywnej – mit czy rzeczywistość?”,
- „Sedacja paliatywna – temat tabu czy metoda, która powinna być stosowana w opiece paliatywnej? Rola pielęgniarki”,



- „Współpraca psychoonkologa z pielęgniarką opieki paliatywnej”.

Uczestnicy mieli okazję posłuchać interesujących wystąpień dotyczących wielu aspektów pracy z pacjentem paliatywnym, a także wziąć udział w kulturalowych dyskusjach i żywej wymianie doświadczeń. Całość uświetniła obecność takich ekspertów, jak Konsultant Krajowa w dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej mgr Izabela Kaptacz, Konsultant Wojewódzki woj. kujawsko-pomorskiego w dziedzinie Medycyny Paliatywnej dr n. med. Michał Graczyk czy Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych dr n. med. Beata Guzak.

Kolejna edycja konferencji „Współczesne wyzwania pielęgniarstwa opieki paliatywnej” odbędzie się w dniach 13-14 listopada 2020 roku w Warszawie. Rejestracja rozpocznie się już 2 stycznia – zachęcamy do brania udziału w wydarzeniu!

XV Mazowieckie Dni Chirurgiczne (sprawozdanie z konferencji naukowo-szkoleniowej)

Wiesława Załuska

XV Mazowieckie Dni Chirurgiczne organizowane pod patronatem i współfinansowane przez Warszawską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych odbyły się w dniach 15-16 listopada 2019 r. w Airport Hotelu Okęcie w Warszawie. Sesje konferencji naukowo-szkoleniowej dla pielęgniarek organizowała mgr Wiesława Załuska, członek Okręgowej Rady WOIPiP, natomiast moderatorem sesji pielęgniar

niarskiej była Przewodnicząca Okręgowej Rady WOIPiP mgr Anna Dudzińska.

Z inicjatywy prof. Mariusza Frączka, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii, już po raz drugi do grona lekarzy chirurgów z województwa mazowieckiego dołączyło i udział wzięło ponad 120 pielęgniarek. Celem wspólnych konferencji jest większa integracja środowiska

medycznego oraz budowanie partnerskich relacji lekarz-pielęgniarka w zespołach terapeutycznych i profesjonalizacja opieki nad pacjentem chirurgicznym.

Tematyka konferencji wpisła się w aktualny dyskurs dotyczący problemów medycznych współczesnej chirurgii i pielęgniarstwa chirurgicznego. Zagadnienia poruszane w czasie Mazowieckich Dni Chirurgicznych stały się okazją do wymiany doświadczeń oraz inspiracją do dalszych prac badawczych. Tegoroczna konferencja podzielona była na pięć paneli tematycznych, a wykłady oprócz ściśle dotyczących zagadnień chirurgicznych obejmowały również zmiany organizacji i systemu ochrony zdrowia.

Sesję pielęgniarską otworzyła wykładem o zmianach w kompetencjach pielęgniarek i położnych w Polsce dr Greta Kanownik Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia. Omówiła ona główne założenia Strategii oraz obecnie przyjętej Polityki na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa. Główne kierunki to zmiana systemu kształcenia przed i podyplomowego, budowanie roli i kompetencji pielęgniarki i położnej w systemie ochrony zdrowia, poprawa warunków pracy, wynagrodzenia oraz promocja zawodów pielęgniarki i położnej. Ostatni czas to zwiększenie uprawnień pielęgniarek w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept, ale także możliwość udzielania porad pielęgniarki i położnej, czy też prowadzenie ciąży fizjologicznej.

W tegorocznej konferencji szczególna uwaga była poświęcona zagadnieniom prawnym odpowiedzialności za błędy i zdarzenia medyczne, które były przedmiotem wykładu mgr Wiesławy Załuskiej. Wskazała ona na różnice w zakresach ponoszenia konsekwencji za popełnienie błędu medycznego, a wystąpieniem zdarzenia medycznego lub zdarzenia niepożądanego w podmiocie leczniczym. Prelegentka z własnych spostrzeżeń jako Członka Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie wskazała na praktyczne aspekty trybu procedowania w postępowaniu orzekającym. Wystąpienie obejmowało również omówienie szeregu casów chirurgicznych z udziałem pielęgniarek – ze wskazaniem przyczyn orzeczenia o zdarzeniu medycznym oraz zakresu i rodzaju odpowiedzialności.

Główny cel, jaki przyświecał szkoleniu to przedstawienie najnowszych dowodów opartych na badaniach naukowych dotyczących metod zapobiegania zakażeniom w chirurgii. Moderatorem sesji była prof. Maria Hryniewicz, a tematyka dotyczyła między innymi prewencji zakażenia miejsca opero-

wanego, którą omówił dr Tomasz Ozorowski. Prezentacja wskazała na najczęstsze przyczyny powstania tego rodzaju zakażeń wynikające zarówno z winy personelu, w związku z nie przestrzegania podstawowych zasad prewencji przenoszenia drobno-ustrojów, ale również stosowanego sprzętu i materiałów oraz techniki zabiegów. Zwrócono uwagę na przedmioty i sprzęt medyczny typu mankiety do mierzenia ciśnienia, stetoskopy, ale również ubrania medyczne, klawiatura komputera i telefony komórkowe, które nieprawidłowo dezynfekowane (lub nie dezynfekowane) są źródłem zakażenia.



Zakażenie *Clostridioides difficile* stanowi coraz większy problem w polskich szpitalach, a zagadnienia z tym związane omówiła dr Wiktoria Papierowska-Kozdój. W celu zapobiegania rozprzestrzenieniu się CDI w szpitalu należy stosować cały pakiet metod, włączając higienę rąk (ze względu na spory zaleca się mycie wodą z mydłem, a nie dezynfekcję preparatami alkoholowymi), izolację pacjentów, dezynfekcję środowiska szpitalnego i politykę antybiotykową. Często trudno jest spośród wymienionych działań wybrać te, które są najbardziej skuteczne w kontrolowaniu ognisk epidemicznych, ponieważ są one prowadzone równolegle. Optymalnie należy izolować pacjentów w osobnych salach, a w przypadku braku jednoosobowych sal szpitalnych jest możliwe kohortowanie pacjentów

w salach wieloosobowych. Badanie ryzyka nawrotów u pacjentów kohortowanych wykazało, że wiek, choroby towarzyszące i kontynuacja antybiotykoterapii są czynnikami ryzyka nawrotu choroby. Samą kohortację uznaje się za niezależny czynnik ryzyka nawrotu *C. difficile*, a w ostatnich latach stwierdzono ważną rolę nosicieli w szerzeniu się *C. difficile* w szpitalu. Wyniki analiz molekularnych sugerują, że wiele przypadków infekcji *C. difficile*, które pojawiły się w szpitalu, nie miały związku z innymi przypadkami CDI w tym szpitalu, a nowe przypadki mogą być spowodowane transmisją od bezobjawowych nosicieli lub przez przejście bezobjawowego zakażenia *C. difficile*.

Uczestnicy konferencji mogli również zapoznać się z prezentacją dr Tomasza Karpińskiego – update dotyczącego działania antybakteryjnego antyseptyków oraz powiązanego z tą tematyką wykładu mgr Marzeny Korbeckiej-Paczkowskiej omawiającego stosowanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych zgodnie ze strategią TIME postępowania z ranami. Prelegenci wskazali wagę skuteczności stosowania środków dezynfekcyjnych zgodnie z zasadami, a przede wszystkim udowodnionym w toku badań klinicznych spectrum działania na B, F, F i spory, cytotoxyczności, skuteczności i metod działania na biofilm, profilu bezpieczeństwa, możliwości stosowania u dzieci i kobiet w ciąży. W toku wykładów wywiązał się dyskurs dotyczący konieczności rozróżniania produktów leczniczych sterylnych i ich wyłącznego stosowania do przemywania, płukania, czy też oczyszczania ran. Podnoszonym zagadnieniem była również konieczność przestrzegania czasookresu działania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego zgodnie z udowodnioną skutecznością działania, ale także zależnie od okolicy ciała pacjenta.

Najnowsze osiągnięcia w postępowaniu z nieogłąjącą się raną chirurgiczną omówiła mgr Elżbieta Szkiler, a stosowanie i leczenie ran u pacjentów onkologicznych były przedmiotem wykładu mgr Sylwii Rogowskiej. Sztuka stosowania nowoczesnych opatrunków stała się integralną częścią i domeną profesjonalizacji zawodu pielęgniarki. Jak ważna jest nasza praca w tym zakresie, uczestnicy mogli prze-

konać się podczas prezentacji bardzo trudnych przypadków klinicznych i sukcesów naszych koleżanek w zakresie wyleczenia pacjentów z rany przelekłej, ale również poprawy komfortu ich życia. Mistrzynią w swojej specjalności jest również Grażyna Majewska, pielęgniarka stomijna, która zaprezentowała sukcesy swojej pracy i najważniejsze zagadnienia dotyczące przygotowania pacjentów do wyłonienia stomii, edukacji w zakresie pielęgnacji i postępowania ze stomią powikłaną.

The neverending story w zakażeniach układu moczowego zaprezentował dr Tomasz Piątek. Temat wykładu znalazł się w programie tegorocznej konferencji, ponieważ ZUM jest jedną z najczęstszych przyczyn zakażeń – stanowi około 40-50% wszystkich zakażeń szpitalnych i 10-20% poszpitalnych, natomiast w ponad 30% przypadków jest przyczyną tzw. urosepsy, prowadzącej do wstrząsu septycznego. Szacuje się, iż przeszło 60% infekcji, jako infekcje



bakteryjne, wiążą się ze zjawiskiem powstawania biofilmu, co stwarza istotne problemy w wyleczeniu. Złożoność struktury biofilmu stanowi barierę dla powszechnie stosowanych chemioterapeutyków oraz powoduje powstawanie chronicznych i nawracających stanów zapalnych układu moczowego. Obserwacje cewników moczowych w mikroskopie elektronowym poddanych *in vitro* działaniu bakterii wykazały powstawanie biofilmu na zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni i zwężeniach światła już w okresie krótszym niż 3 dni. Ryzyko infekcji dróg moczowych ściśle wiąże się z czasem katetyzacji i wzrasta każdego dnia o 5%. Warto wiedzieć, że w przypadku utrzymywania się cewnika w drogach moczowych przez okres przekraczający 28 dni, infek-

cje diagnozuje się u wszystkich pacjentów, natomiast 20% drobnoustrojów migruje przez światło cewnika z worka na mocz. Najnowsze badania wskazują na ogromną rolę antyseptyku stosowanego podczas cewnikowania i pielęgnacji miejsca cewnikowanego, a w szczególności stosowania systemów zamkniętych ze środkiem odkażającym, cewników silikonowych ze środkiem odkażającym, utrzymywania stałego przepływu moczu przez cewnik (prawidłowe nawodnienie) oraz unikanie cewnikowania w przypadkach nie wymagających takiego postępowania.

Konferencja obfitowała w wiele innych tematów klinicznych, w tym jeden z paneli poświęcony był szeroko rozumianym zagadnieniom onkologicznym. Uczestnicy konferencji mogli zapoznać się

z endoskopowymi metodami leczenia nowotworów wczesnych w obrębie układu pokarmowego, działaniem i możliwościami systemów robotycznych w chirurgii onkologicznej oraz taktyką postępowania u chorych na nowotwory ze współwystępującymi zaburzeniami krzepnięcia. Natomiast równoległa sesja warsztatowa obejmowała między innymi zagadnienia wskazań i sposobów żywienia dojelitowego i pozajelitowego u chorych chirurgicznych.

Z wielką przyjemnością zapraszamy za rok, na następne Mazowieckie Dni Chirurgiczne, które odbędą w dniach 20-21 listopada 2020 r. Mamy nadzieję, że spotkają się z równie dużym zainteresowaniem i wysoką oceną merytoryczną jak tegoroczna konferencja.

Bezpieczeństwo farmakoterapii w praktyce pielęgniarki i położnej – konferencja

dr n. o zdr. Olga Dembicka

Pielęgniarka i położna to zawody o szczególnym charakterze i niepospolitej misji związanej ze sprawowaniem opieki nad pacjentem na różnych etapach jego życia.

Zróżnicowany charakter zadań realizowanych przez pielęgniarki i położne wymaga dużej wiedzy, wysokich kwalifikacji i umiejętności, które mają wpływ na kształtowanie prestiżu naszego zawodu i pozycji społecznej.

Bezpieczna farmakoterapia to jeden z ważniejszych aspektów w pracy pielęgniarki i położnej.

Występowanie jakichkolwiek nieprawidłowości w tym zakresie prowadzić może do poważnych powikłań, a nawet ryzyka zgonu. Na lekarzach ordynujących leki spoczywa ogromna odpowiedzialność, ale to my jako pielęgniarki jesteśmy tym ostatnim ogniwem, ponieważ podajemy leki pacjentom.

W przypadku jakichkolwiek nieprawidłowości ponosimy także odpowiedzialność zawodową.

Czy jako pielęgniarki mamy wpływ na wszystkie negatywne aspekty, które wiążą się z nieprawidłowo przeprowadzonym procesem stosowania leków?



Oczywiście, że nie. Nie mam co do tego wątpliwości, można się tu posłużyć zjawiskiem polipragmatyzacji, czyli nieuzasadnionym stosowaniem wielu leków. Badania prowadzone w 2007 roku w Stanach Zjednoczonych, wykazały że przy jednoczesnym stosowaniu dwóch leków, niebezpieczeństwo wystąpienia niepożądanych reakcji wynosi 13%, przy pięciu 38 %, przy siedmiu aż 82%.

Na wiele aspektów bezpiecznej farmakoterapii mamy jednak wpływ. Musimy tylko dokładnie poznać ryzyko związane z tym procesem, nauczyć się



nim zarządzać poprzez jego zmniejszanie, a najlepiej eliminację. Jednym z działań, które mogą wspomóc ten proces była druga konferencja naukowa, pod hasłem: „Bezpieczeństwo farmakoterapii w praktyce pielęgniarki i położnej”, zorganizowana w dniu 13 listopada przez Komisję Naukową Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Szpital Chirurgii Urazowej Mazowieckiego Centrum Rehabilitacji „STOCER”.

Patronatu naukowego udzieliła pani prof. dr hab. n. med. Bożena Czarkowska – Pączek Prodziekan ds. Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Wykład inauguracyjny: Bezpieczeństwo farmakoterapii – trzecie globalne wyzwanie WHO, wdrażanie w Polsce, wygłosiła pani Halina Kutaj – Wąsikowska, dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. W ramach konferencji odbyły się dwie sesje. Główne nurty działań w zakresie bezpieczeństwa farmakoterapii to temat przewodni pierwszej sesji w której poruszane były tematy dotyczące zasad bezpiecznej farmakoterapii. Przedstawiła je w swoim wykładzie z punktu widzenia konsultanta krajowego oraz wizytatora akredytacyjnego, dr n. med. Krystyna Piskorz – Ogórek. Podano także praktyczne przykłady kart zleceń, które mogą stać się głównym źródłem błędów w procesie farmakoterapii. Na problem ten zwrócił uwagę w swoim wystąpieniu dr Sławomir Ogórek. Natomiast zakres odpowiedzialności prawnej, z tytułu realizacji zleceń lekarskich, omówiła pani dr. n. prawnych Anna Augustynowicz.

Podczas drugiej sesji skupiliśmy się na praktycznych aspektach, które funkcjonują w podmiotach leczniczych. Pan mgr Mikołaj Zerhał zaprezentował nowoczesny system dystrybucji leków jaki funkcjonuje w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Ostrołęce.

Poruszył także ważny problem, z punktu widzenia praktyki pielęgniarskiej, a mianowicie zakres bezpieczeństwa pracy w przypadku funkcjonowania elektronicznej dokumentacji medycznej oraz powszechnie stosowanych generyków.

Zostały także przedstawione wyniki badań ankietowych przeprowadzone na grupie 100 pielęgniarek. Na podstawie powyższej ankiety wyłoniły się problemy z jakimi borykają się pielęgniarki w pracy w zakresie realizacji zleceń lekarskich.

Pani dr n. med. Grażyna Bączek poruszyła temat bezpiecznej farmakoterapii w praktyce położnej w kontekście kultury bezpieczeństwa na przykładzie Oddziału Cięży Powikłanej w Szpitalu św. Zofii.

Zwrócono także uwagę na punkty krytyczne w procesie leczenia krwią. Wyznaczenie ich, opisanie i przeszkolenie personelu, są kluczowym elementem bezpiecznego krwiolecznictwa. Temat ten przedstawiła w swoim wykładzie pani mgr Urszula Makowska.

Obradom konferencji towarzyszyła studencka sesja plakatowa, przygotowana i poprowadzona przez panią dr n. o zdrowiu Lenę Serafin. Uwieńczeniem konferencji był koncert skrzypcowy.

Szanowni Państwo wiedza jest naszą potęgą i kluczem do rozwoju pielęgniarstwa opartego na zdobyczach nauki. Umiejętne jej wykorzystanie i zastosowanie w praktyce przyniesie pożądany efekt terapeutyczny.

Niech hasło, które jako myśl przewodnia, towarzyszące nam już od pierwszej konferencji: Rozwój nauki i praktyki to przyszłość nowoczesnego pielęgniarstwa, będzie także ważnym elementem w naszej codziennej pracy.

Jako przewodnicząca komisji naukowej bardzo dziękuję wszystkim członkom komitetu organizacyjnego, a w szczególności pani mgr G. Piegoń oraz pani dr n. o zdr. Lenie Serafin.

Polska pielęgniarka w Arabii Saudyjskiej

Joanna Zegar, mgr pielęgniarstwa, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, koordynator bloku operacyjnego SPSK im. prof. A Grucy w Otwocku



Pomysł wyjazdu do tak egzotycznego kraju jakim jest Arabia Saudyjska zrodził się parę lat temu. Profesor Jarosław Czubak Kierownik Kliniki szpitala Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. A Grucy w Otwocku, w którym pracuję powiedział „dlaczego nie”, przecież można szkolić zespół operacyjny na miejscu w ich rodzimym szpitalu. I tak się zaczęły przygotowanie do wyjazdu.

Polecieliśmy na zaproszenie szpitala Prince Sultan Military Medical City (PSMMC). Szpital jest usytuowany w stolicy kraju Rijad. Wyjazd był zorganizowany i przemyślany w szczegółach. Celem było szkolenie teoretyczne i praktyczne w technice operacyjnej osteotomii okołopanewkowej stawu biodrowego w resztkowej dysplazji panewki u dorastających i dorosłych. Zastosowanie tej techniki operacyjnej w leczeniu pozwala zachować i wzmocnić staw pacjenta zamiast wymieniać przedwcześnie go na sztuczny. Celem operacji jest niesienie ulgi w bólu, zachowanie funkcji stawu i maksymalnie długie zachowanie ogólnej sprawności.

Po przylocie na lotnisku w Rijadzie podróżni przybywający pierwszy raz do Arabii Saudyjskiej przechodzą dokładną kontrolę bezpieczeństwa z pozostawieniem odcisków palca kciuka prawej

i lewej ręki, odcisków całych dłoni oraz wykonuje się fotografię twarzy.

Od samego początku można było zauważyć, że jest się w kraju, który mentalnością, zachowaniem, ubiorem różni się od Europy, dlatego jest jeszcze bardziej fascynujący. Kobiety chodzą w czarnych lub szarych strojach (abaja), mają zakryte twarze nikabem tak, że widać im tylko oczy. Taki szczególny ubiór obowiązuje w miejscach publicznych, choć termometr wskazywał 38°C. Mężczyźni natomiast byli ubrani w różny sposób, ale najczęściej w swoje tradycyjne muzułmańskie stroje białe (thałb), białą czerwoną kefię, a na głowie mieli czarny krążek (agal).

Mieszkaliśmy w dzielnicy ambasad różnych krajów, gdzie dojazd był kontrolowany przez wojsko lub policję ze względów bezpieczeństwa. Szpital miał rozmiary miasteczka z wieloma budynkami, uliczkami, podjazdami. Były tam również altany z ławeczkami. Blok operacyjny zorganizowany podobnie jak w Polsce ze śluzami dla personelu oczywiście





oddzielnie dla kobiet i mężczyzn, służy pacjenta, sale operacyjne, magazyny materiałowe i inne. Pokoje wypoczynkowe tzw. dyżurki były również oddzielnie przeznaczone dla kobiet i mężczyzn. Podczas przerw zespół operacyjny otrzymywał posiłek regeneracyjny i wodę do picia. Sala operacyjna duża z pełnym wyposażeniem, wszystko jednorazowe łącznie z koagulacją do diatermii. Czasem znajdowało się w niej około 20 osób.

Przed rozpoczęciem operacji na głos była czytana lista kontrolna tzw. Checklista i jednocześnie odnotowywano wykonanie czynności punkt po punkcie z tej listy. Dodatkowo cały przebieg operacji jest obligatoryjnie nagrywany. Zespół operacyjny składał się z lekarzy w większości Arabów natomiast pielęgniarki i pielęgniarze to byli w większości Filipińczycy. Spotkaliśmy jedną pielęgniarkę Czeszkę i Chorwatkę, które pracowały na kontrakcie.

Profesor J. Czubak szkolił zespół lekarzy, przekazywał informacje o technice operacyjnej, omawiał różne wskazania do operacji, analizował zastosowanie operacji w konkretnych przedstawionych przypadkach. Moim zadaniem było asystowanie do operacji i szkolenie zespołu pielęgniarskiego w zakresie merytorycznego i praktycznego przygotowania pielęgniarki operacyjnej do osteotomii okołopanewkowej.

Arabia Saudyjska bardzo pozytywnie mnie zaskoczyła, w jakiś sposób wszystko było uporządkowane, a zarazem podporządkowane wierze muzułmańskiej. Kraj pełen kontrastów (nowoczesność mieszała się z tradycją muzułmańską). Rijad to miasto meczetów. Według prawa meczet może

znajdować się najdalej 800 metrów od zabudowań mieszkalnych. Reklamy bardzo mocno oświetlone, ale bez twarzy osób reklamujących. W miejscach publicznych zawsze jest podział na przestrzeń dla kobiet i mężczyzn, oddzielne są wejścia dla rodzin i singli.

W przypadku rodzin z dziećmi przebywających w restauracji są wyznaczone boksy, aby sobie nie przeszkadzać. Wszędzie jeżdżą samochody różnych marek zazwyczaj terenowe z obowiązkową klimatyzacją. Nie ma komunikacji miejskiej. Jest gorąco, ale przepiękne krajobrazy, pustynia piaszczysta z jednej strony miasta, pustynia skalista z drugiej, zwierzęta najczęściej wielbłądy. Te wrażenia rekompensują wszelkie niedogodności klimatyczne.



Wyjazd do Arabii Saudyjskiej był niesamowitym przeżyciem pod względem zawodowym jak i osobistym, pozwoli to na ocenę naszych warunków pracy w Polsce, które nie różnią się od tych panujących w szpitalu w Rijadzie, poza tym, że zużywa się tam dużą ilość materiałów jednorazowych.

Konferencja naukowa: Bezpieczeństwo Pacjenta: Druga ofiara



Dnia 28 listopada 2019 r. odbyła się w Warszawie V Ogólnopolska Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa „Bezpieczeństwo Pacjenta: Druga ofiara” zorganizowana przez Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Konferencja pod patronatem: Wojewody Mazowieckiego, Marszałka Województwa Mazowieckiego, Prezydenta Miasta Stołecznego Warszawy, Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, Rzecznika Praw Pacjenta i in.

Tematem przewodnim była „Druga ofiara” zdarzenia niepożądanego w medycynie czyli personel medyczny oraz kadra zarządzająca w podmiotach ochrony zdrowia. Poruszono aspekty prawne, ekonomiczne i organizacyjne związane z bezpieczeństwem świadczenia usług medycznych.

Podczas wystąpień znamienitych prelegentów poruszono ważne tematy z zakresu: wypalenia zawodowego personelu medycznego mającego wpływ na ryzyko obniżenia jakości opieki nad pacjentem czy zwiększone ryzyko wystąpienia błędu medycznego, czy budowania kultury sprawiedliwego traktowania mającego na celu znalezienie równowagi pomiędzy uczeniem się na błędach, a odpowiedzialnością za nie. Na podstawie analizy spraw jakie wpływają do Okręgowego Rzecznika odpowiedzialności Zawodowej poszukiwano odpowiedzi na pytanie: Czy pielęgniarka, położna może być „druga ofiara” bezpieczeństwa pacjenta?

Dużo uwagi poświęcono zagadnieniu zdarzenia niepożądanego – jako trudnego problemu występującego w praktyce wszystkich zawodów medycznych, w kontekście „drugiej ofiary”. Poruszono kluczowe aspekty przyczyn możliwości wystąpienia takich zdarzeń, oparte na konkretnych przypadkach – analizowaniu przyczyn, czy możliwości podjęcia działań na rzecz redukcji tych zdarzeń i zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentowi, a także samemu sobie.

Jednym z elementów konferencji była Sesja plakatowa, podczas której zaprezentowano zgłoszone na plakaty, w formie multimedialnej.



Niepodległość

Jak każdego roku tak i w tym, zamykającym obchody 100 rocznicy odzyskania niepodległości przez Polskę, przedstawicielki Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych swoim udziałem zaakcentowały udział pielęgniarek w tym dziele.



Podziękowania

Pani Położnej Oddziałowej **Zofii Marton**, w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, profesjonalizm, wspólnie przepracowane lata, życzliwość, wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Naczelna Pielęgniarka z Zespołem Położnych i Pielęgniarek PCZ w Otwocku.

W związku z przejściem na emeryturę Pań: **Marii Galant, Ewy Szymczyk i Grażyny Terpiłowskiej** serdeczne podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość i koleżeńskość, z najlepszymi życzeniami zdrowia, realizacji marzeń oraz pomyślności w życiu osobistym składają: Koordynator ds. Pielęgniarstwa z Zastępcą oraz Pielęgniarki i Położne CSK MSWiA w Warszawie

Pielęgniarkom: **Elżbiecie Topolewskiej, Urszuli Kamont, Danucie Kurach**, w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, profesjonalizm, oddanie i godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Koleżanki Pielęgniarki i Położne SZPZLO Warszawa Wawer ul. Strusia 4/8

Serdeczne podziękowania Pani Pielęgniarcie **Annie Szafrąńskiej** za pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość i koleżeńskość wraz z życzeniami zdrowia pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Koleżanki i Koledzy z CWPL „CEPELEK” w Warszawie.

Serdeczne podziękowania długoletniej pielęgniarcie koordynującej **Elżbiecie Kowalewskiej**, za pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość, koleżeńskość, godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Koleżanki Pielęgniarki i Położne SZPZLO Warszawa Wawer ul. Strusia 4/8

Naszym miłym Koleżankom: **Marii Pniewskiej i Elżbiecie Kowalskiej**, w związku z nabyciem praw emerytalnych serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę zawodową pełną zaangażowania i godności. Życzymy realizacji marzeń kiedyś odkładanych oraz zdrowia i wszelkiej pomyślności. Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Średniego Personelu Medycznego oraz Pielęgniarki i Położne SZPZLO Warszawa-Mokotów, ul. Madalińskiego 13

Pani **Sabinie Modlińskiej**, Pielęgniarcie II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 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: Pielęgniarz Naczelny oraz Zespół Pielęgniarek Kliniki UCK WUM CSK ul. Banacha 1A w Warszawie

Pani **Barbarze Łupińskiej**, Pielęgniarcie Centralnego Bloku Operacyjnego, 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: Pielęgniarz Naczelny oraz Zespół Pielęgniarek Bloku Operacyjnego UCK WUM CSK ul. Banacha 1A w Warszawie

W związku z przejściem na emeryturę pani **Krystyny Ewy Kwiatkowskiej** serdeczne podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, koleżeńskość i życzliwość, z najlepszymi życzeniami zdrowia, realizacji marzeń oraz pomyślności w życiu osobistym składają: Koleżanki z NZOZ „Centrum” w Sochaczewie.

Pani **Agnieszce Karcz**, Pielęgniarcie 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: Pielęgniarz Naczelny oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Izby Przyjęć UCK WUM CSK ul. Banacha 1A w Warszawie

Pani **Zofii Ołdak**, Pielęgniarcie 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: Pielęgniarz Naczelny oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Izby Przyjęć UCK WUM CSK ul. Banacha 1A w Warszawie

Pani Pielęgniarcie **Teresie Szczygieł**, w związku z przejściem na emeryturę najserdeczniejsze podziękowanie za wieloletnią pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata, wraz z życzeniami zdrowia i radości w życiu osobistym składają: Dyrektor ds. Pielęgniarstwa oraz cały Zespół Oddziału VIII MCLCHPiG w Otwocku

Koleżance **Kruszewskiej Lidii i Rękas Ewie** w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za wzorową pracę, życzliwość, koleżeńskość, wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa Anna Sadkowska oraz Zespół Pielęgniarek, Pielęgniarzy i Położnych SZPZLO Warszawa-Ochota

Drogiej Koleżance **Urszuli Wrońskiej** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, zaangażowanie i godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki oraz za życzliwość i koleżeńskość wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności oraz spełnienia marzeń składają: z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wraz z całym Zespołem Pielęgniarskim Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie

W związku z przejściem na emeryturę Pań Pielęgniarek: **Barbary Mikołajczyk i Krystyny Poziemskiej** oraz Pani Położnej **Agnieszki Zygmunt**, serdeczne podziękowania za długoletnią pracę zawodową, profesjonalizm i fachowość składają: Dyrekcja SZPZLO Warszawa-Praga Południe ul. Jagiellońska 34 wraz z Zespołem

Pani **Elżbiecie Górskiej** Pielęgniarce Oddziału XII Chorób Wewnętrznych Klatki Piersiowej Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruzlicy w Otwocku, 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: Dyrektor ds. Pielęgniarstwa oraz cały Zespół Oddziału XII

Drogim Koleżankom Pielęgniarkom: **Marii Piórkowskiej, Krystynie Kamińskiej, Jolancie Kielak, Ewie Nowińskiej, Urszuli Hajda, Elżbiecie Rynkowskiej, Urszuli Bartoszczyk, Romanie Adamskiej, Agnieszce Burdzińskiej, Ewie Pisarek i Grażynie Waślickiej-Robak**, w związku z przejściem na emeryturę, podziękowania za wieloletnią pracę zawodową z życzeniami zdrowia oraz pomyślności w życiu osobistym składa Dyrektor ds. Pielęgniarek oraz Koleżanki ze Szpitala Dziecięcego przy ul. Niekłańskiej w Warszawie

Paniom Pielęgniarkom: **Ewie Chabros, Bogumile Falkowskiej, Lidii Supernak i Wiesławie Bartelmuś**, serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Dyrekcja SZPZLO im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym oraz cały Zespół Pielęgniarek

Pani Pielęgniarce **Irenie Kurowskiej** w związku z przejściem na emeryturę, składamy serdeczne podziękowania za wieloletnią współpracę, życzliwość i koleżeńskość z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym – Dyrektor ds. Pielęgniarstwa wraz z Koleżankami z oddziału III MCLChPiG w Otwocku

Pani **Małgorzacie Garas**, Pielęgniarce 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: Pielęgniarz Naczelny oraz Zespół Pielęgniarek Przychodni Specjalistycznej UCK WUM CSK ul. Banacha 1A w Warszawie

Pani **Franciszce Silc**, Pielęgniarce 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: Pielęgniarz Naczelny oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki Neurologii UCK WUM CSK ul. Banacha 1A w Warszawie

Pani **Marii Rakowskiej**, Pielęgniarce 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: Pielęgniarz Naczelny oraz Zespół Pielęgniarek Przychodni Specjalistycznej UCK WUM CSK ul. Banacha 1A w Warszawie

Paniom Pielęgniarkom: **Elżbiecie Sadowskiej i Bożenie Drabik**, w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, profesjonalizm i zaangażowanie, za wspólnie przepracowane lata wraz z życzeniami zdrowia, szczęścia oraz powodzenia w życiu osobistym składają: Dyrekcja SPZOZ Warszawa Wola-Śródmieście oraz cały Zespół Pielęgniarek i Położnych

Paniom Pielęgniarkom: **Mariannie Rokickiej, Zofii Konisiewicz, Lidii Witczak, Hannie Zduńczyk, Grażynie Naperty, Urszuli Zarembie, Marii Komorniczak, Krystynie Grębskiej, Ewie Zupka** serdeczne podziękowania za trud, wysiłek, poświęcenie, życzliwość i pomoc z życzeniami wesolego odpoczynku i spełnienia marzeń składają: Dyrekcja oraz Koleżanki i Koledzy ze Szpitala Dzieciątka Jezus z Warszawy

Paniom Pielęgniarkom **Ewie Dzierzkowskiej i Lucynie Małek** w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania za długoletnią pracę zawodową, profesjonalizm, godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, życzliwość i koleżeńskość, wraz z najserdeczniejszymi życzeniami zdrowia i pomyślności na dalsze lata składają: Dyrekcja oraz Koleżanki i Koledzy z Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie, ul. Wolska 37

Pani **Lidii Chorąży**, Pielęgniarki Kliniki Nefrologii, Dializoterapii 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: Pielęgniarsz Naczelny oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki UCK WUM CSK ul. Banacha 1A w Warszawie

Pani **Jolancie Słoniewicz**, Pielęgniarki Kliniki Nefrologii, Dializoterapii 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: Pielęgniarsz Naczelny oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki UCK WUM CSK ul. Banacha 1A w Warszawie

Pani **Mirosławie Kacprzyk**, Pielęgniarki Kliniki Nefrologii, Dializoterapii 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: Pielęgniarsz Naczelny oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki UCK WUM CSK ul. Banacha 1A w Warszawie

Pani **Henryce Grodeckiej**, Pielęgniarki 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: Pielęgniarsz Naczelny oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki UCK WUM CSK ul. Banacha 1A w Warszawie

W związku z przejściem na emeryturę Pań Pielęgniarek: **Agaty Czekają, Jolanty Bąbik i Grażyny Kiełczyńskiej**, serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, zaangażowanie i godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki oraz za życzliwość i koleżeńskość, wraz z życzeniami zdrowia i pomyślności oraz

spełnienia marzeń składają: Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wraz z całym Zespołem Pielęgniarskim Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”.

W związku z przejściem na emeryturę Pań Pielęgniarek: **Małgorzaty Wiśniewskiej, Jadwigi Saganowskiej, Grażyny Stawickiej** – serdeczne podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość i koleżeńskość, z najlepszymi życzeniami zdrowia, realizacji marzeń oraz pomyślności w życiu osobistym składają: Koleżanki i Koledzy ze Szpitala Wolskiego.

W związku z przejściem na emeryturę, Pani Pielęgniarki **Jolancie Karolkiewicz** podziękowania za wieloletnią pracę z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Dyrekcja i Koleżanki z SZPZŁO Warszawa-Wawer

W związku z przejściem na emeryturę Pań Pielęgniarek: **Elżbiety Sirak, Elżbiety Piwek, Krystyny Trzcńskiej** serdeczne podziękowania za trud, sympatię dla koleżanek i pacjentów składa Dyrekcja Szpitala Dzieciątka Jezus i Pielęgniarki

Paniom Pielęgniarkom: **Ewie Centkowskiej, Krystynie Ligman, Annie Karpińskiej, Elżbiecie Mateli i Annie Mikulskiej** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, za godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, życzliwość i koleżeńskość. Życzymy dużo zdrowia, pomyślności, pogody ducha w życiu osobistym składają: Dyrektor ds. Pielęgniarek i Położnych oraz Koleżanki Pielęgniarki i Położne SPZZOZ w Pruszkowie Al. Armii Krajowej 2/4

W związku z przejściem na emeryturę Pań Pielęgniarek: **Zofii Marczak, Teresy Burak, Ewy Nizińskiej, Haliny Witeckiej, Beaty Warzechy**, serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, profesjonalizm, zaangażowanie i serdeczność składa Dyrekcja Instytutu Kardiologii oraz Koleżanki z Klinik wraz z życzeniami wszelkiej pomyślności na nowym etapie życia.

Pani Położnej **Krystynie Lichockiej** w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za wspólnie przepracowane lata, zaangażowanie, profesjonalizm, życzliwość i serce włożone w codzienną pracę, wraz z życzeniami zdrowia, szczęścia i powodzenia w życiu osobistym składają: Pełnomocnik Dyrektora ds. Pielęgniarek i Położnych, Położna Oddziałowa, Położne i Pielęgniarki z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego ze Szpitala Bielańskiego w Warszawie

Pani Położnej **Małgorzacie Grabarczyk** w związku z przejściem na emeryturę, serdecznie dziękujemy za profesjonalną, pełną zaangażowania, długoletnią

pracę zawodową, fachowość i poświęcenie. Jednocześnie składamy najgorętsze życzenia, słowa uznania i szacunku za rzetelność i wzorową pracę. Za to wszystko pragniemy podziękować dzisiaj składając najlepsze życzenia na dalsze lata. Dużo zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym. Pełnomocnik Dyrektora ds. Pielęgniarek i Położnych, Położna Oddziałowa, Położne i Pielęgniarki z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego ze Szpitala Bielańskiego w Warszawie

Pani **Urszuli Szarlińskiej** Pielęgniarki Środowiskowej-Rodzinnej zatrudnionej w ZLO ul. Saska 61 z okazji zakończenia pracy zawodowej serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę, profesjonalizm, empatię, uśmiech i życzliwość dla pacjentów oraz współpracowników wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności składa Dyrektor SZPZLO Warszawa Praga Południe z Zespołem Pielęgniarek i Położnych

Pani Pielęgniarki **Urszuli Gałązka**, 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. Pielęgniarnictwa wraz z Pielęgniarkami i Położnymi Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie

Pani **Elżbiecie Wójcik Położnej** Koordynującej ZLO ul. Ostrołęcka 4 i Korytnicka 42/44, Pełnomocnikowi Dyrektora ds. Jakości, Przewodniczącej NSZZ Solidarność – z okazji zakończenia pracy zawodowej serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę, profesjonalizm, rzetelność i życzliwość dla pacjentów i współpracowników wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności składa Dyrektor SZPZLO Warszawa Praga Południe z Zespołem Pielęgniarek i Położnych

Pani **Małgorzacie Lipskiej** Pielęgniarki Rodzinnej zatrudnionej w ZLO ul. Saska 61 z okazji zakończenia pracy zawodowej serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę, profesjonalizm, rzetelność i życzliwość dla pacjentów oraz współpracowników wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności składa Dyrektor SZPZLO Warszawa Praga Południe z Zespołem Pielęgniarek i Położnych

Drogiej Koleżance **Wiesławie Kołodziejczyk** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, zaangażowanie, profesjonalizm i godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki oraz życzliwość i koleżeńskość, wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności oraz spełnienia marzeń składają: Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarnictwa

wraz z całym Zespołem Pielęgniarek i Położnych Międzyzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie.

Pani **Annie Kowalczyk** Pielęgniarki 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 Naczelny oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Izby Przyjęć UCK WUM CSK ul. Banacha 1A w Warszawie

Pani **Danucie Wojewodzie** 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 Naczelny oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki UCK WUM CSK ul. Banacha 1A w Warszawie

Pani **Marii Siemińskiej** Pielęgniarki Koordynującej WSPRiT „Meditrans” w Warszawie, w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wieloletnią, społeczną pracę na rzecz pielęgniarek i położnych, za profesjonalną i pełną zaangażowania pracę zawodową, fachowość, sumienność i rzetelność w wykonywaniu obowiązków zawodowych. Dziękujemy również za cierpliwość, uśmiech i wspólnie spędzone lata. W dalszej drodze życia życzymy dużo zdrowia i realizacji marzeń. Dyrektor, Główny Specjalista ds. Pielęgniarnictwa oraz Koleżanki i Koledzy WSPRiT „Meditrans” w Warszawie.

Pani **Agnieszce Jakubowskiej** w związku z przejściem na emeryturę, składamy serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową. Pani Agnieszka całe swoje życie zawodowe tj. 40 lat przepracowała w naszym szpitalu, dziękujemy za wierność i wytrwałość. Na nowy etap życia życzymy zdrowia i wszelkiej pomyślności: Dyrekcja i Pracownicy Szpitala im. Świętej Anny w Piasecznie

Pani Pielęgniarki **Stefanii Kopytek** w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności składają Dyrekcja i Pracownicy Szpitala im. Świętej Anny w Piasecznie

Pani Pielęgniarki **Krystynie Maślanko** w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania za długoletnią pracę wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności składają:

Pełnomocnik Dyrektora ds. Pielęgniarstwa oraz
Pielęgniarki z Oddziału Chirurgii Naczyniowej Szpitala
Bielańskiego w Warszawie

Paniom Pielęgniarkom: **Hannie Bielawskiej,**
Zofii Przetackiej, Hannie Wiak,
Bożennie Lubiejewskiej, Iwonie Falbie,
Teresie Krzyżewskiej, w związku z przejściem
na emeryturę składamy serdeczne podziękowania
za pełną zaangażowania wieloletnią pracę.
Dyrekcja i zespół Pielęgniarek Szpitala Chirurgii
Urazowej Świętej Anny życzy Wam wiele zdrowia,
bo to najcenniejszy dar, dużo radości,
bo ona sprawia, że chce się żyć. Satysfakcji z życia,
z tego co udało się do tej pory osiągnąć i tego co jest
jeszcze do osiągnięcia.

Pani **Marii Jawidzyk** 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 **Marii Białęskiej** 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 Położnej **Grażynie Zięcinie:** Żyj tak, aby każdy
kolejny dzień był niesamowity i wyjątkowy. Wypełniaj
każdą chwilę tak, aby potem wspominać ją z radością.
Czerp energię ze słońca, kapiącego deszczu i uśmiechu
innych. Szukaj w sobie siły, entuzjazmu i namiętności.
Próbuj życia i układaj je na swój własny sposób. Żyj
najpiękniej jak umiesz. Po swojemu spełniaj się...!
Najserdeczniejsze podziękowania za wiele lat owocnej
współpracy składają: Dyrekcja Szpitala Klinicznego
im. ks. Anny Mazowieckiej oraz Koleżanki i Koledzy

Drogim Koleżankom: **Grażynie Wieczorek**
– Pielęgniarcie Koordynującej Specjalistycznej
Przychodni Przyszpitalnej,
Wiesławie Jaroszewskiej – Pielęgniarcie Oddziału
Kardiologii i Chorób Wewnętrznych,
Marcie Chmielewskiej – Pielęgniarcie Oddziału
Wewnętrznego i Gastroenterologii,
Małgorzacie Jankowskiej-Drwal – Położnej Oddziału
Ginekologiczno-Położniczego, w związku
z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania
za wieloletnią pracę, zaangażowanie, profesjonalizm,
godne reprezentowanie zawodów pielęgniarki
i położnej oraz za życzliwość i koleżeńskość, wraz

z życzeniami zdrowia i pomyślności oraz spełnienia
marzeń składają: Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa
wraz z całym Zespołem Pielęgniarek i Położnych
Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego
w Warszawie.

W związku z przejściem na emeryturę
Pani **Barbary Capigi** – Pielęgniarki Oddziałowej
Oddziału Okulistyki serdeczne podziękowania za
długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową,
życzliwość i koleżeńskość, z najlepszymi życzeniami
zdrowia, realizacji marzeń oraz pomyślności w życiu
osobistym składają: Koordynator ds. Pielęgniarstwa
z Zastępcą i zespołem Pielęgniarek i Położnych
Oddziałowych oraz Pielęgniarki
i Położne CSK MSWiA w Warszawie

Serdeczne podziękowania w związku z przejściem na
emeryturę Pań Pielęgniarek: **Hanny Jachacy**
i Bogumiły Wróblewskiej za wieloletnią pracę
zawodową, profesjonalizm, życzliwość
i koleżeńskość, oddanie pacjentom, cierpliwość
i wyrozumiałość wraz z najlepszymi życzeniami
zdrowia, spełnienia marzeń oraz pomyślności
w życiu osobistym składają: Koordynator
ds. Pielęgniarstwa i Zastępca z Zespołem Pielęgniarek
i Położnych CSK MSWiA w Warszawie

Pani **Danucie Biźnia** Pielęgniarcie Izby Przyjęć
w związku z przejściem na emeryturę składamy
serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną
zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie
przepracowane lata, za profesjonalizm,
odpowiedzialność, koleżeńskość. Życzymy dalszych
wspaniałych lat w zdrowiu i pomyślności. Dyrektor
Opieki Medycznej, Koordynator Opieki Pielęgniarskiej
Izby Przyjęć i Zespół Pielęgniarski SPSK
im. prof. A. Grucy w Otwocku

Paniom Pielęgniarkom: **Jolancie Karpowicz, Elżbiecie**
Żuk, Małgorzacie Budzik, Ewie Pliszka, Marii
Sikorskiej, Barbarze Malewskiej serdeczne
podziękowania za długoletnią pracę zawodową,
życzliwość, koleżeńskość, zaangażowanie, empatię
wraz z życzeniami zdrowia, realizacji marzeń oraz
pomyślności w życiu osobistym składają: Koleżanki
i Koledzy ze Szpitala Wolskiego w Warszawie

Paniom Pielęgniarkom: **Zdzisławie**
Gastoł-Kobrzyńskiej, Krystynie Żółciak-Kozłowskiej,
Maryli Białobrzeskiej i Genowefie Kłos 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: Dyrekcja oraz
Koleżanki i Koledzy Wojewódzkiego Szpitala
Zakaźnego w Warszawie

Pożegnania



Z głębokim smutkiem i żalem pożegnaliśmy Nasze Koleżanki

śp **Marię Smułkowską** i śp **Alinę Reterską**

Odeszły przegrywając z chorobą. Na zawsze pozostaną w naszej pamięci jako wspaniałe, miłe i serdeczne koleżanki. Będziemy o Was pamiętać

*Naczelna Pielęgniarka Koleżanki i Koledzy UCK WUM Dziecięcy Szpital Kliniczny
im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego Warszawa ul. Żwirki i Wigury 63A*



Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy naszą Koleżankę

śp. **Barbarę Gac**

Pielęgniarkę Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii
Sp. z o.o. w Zagórz. Odeszła za wcześnie, przegrywając z chorobą.

Basia była osobą życzliwą, niezwykle czynną o pogodnym usposobieniu.

Rodzinie składamy głębokie wyrazy współczucia. Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

Dyrekcja oraz Pielęgniarki z Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórz



Żegnamy

śp. **Bożenę Wójtowicz**

Z wielkim żalem i smutkiem żegnamy naszą Koleżankę pielęgniarkę. Była długoletnim pracownikiem
NIGRiR. Zawsze uśmiechnięta, wspaniała osoba, pozostawi pustkę w naszych sercach.

Składamy Rodzinie i Bliskim wyrazy współczucia,
łączymy się z nimi w smutku w tak trudnych chwilach.

Koleżanki i koledzy z NIGRiR



Z wielkim żalem i smutkiem żegnamy naszą Koleżankę

Danutę Filarską-Ozdobę

Rodzinie, najbliższym oraz przyjaciołom składamy wyrazy współczucia i słowa wsparcia
z powodu śmierci tak wspaniałej osoby.

Pielęgniarki z NIGRiR



Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy naszą Koleżankę

Śp. **Alinę Reterską**

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci jako wspaniała koleżanka, miła i serdeczna osoba.

Odeszła przegrywając z chorobą. Będziemy o Tobie pamiętać.

*Naczelna Pielęgniarka, Koleżanki i Koledzy – UCK Dziecięcy Szpital Kliniczny
im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego ul. Żwirki i Wigury 63A w Warszawie*

Sekcja Pielęgniarek Szkolnych

Koleżanki!

Reaktywujemy **Sekcję Pielęgniarek Szkolnych!**

Zapraszamy w każdy drugi roboczy poniedziałek miesiąca
w siedzibie WOIPiP na ul. Żelaznej 59, VII piętro
o godzinie 15:30.

Pierwsze spotkanie **13 stycznia 2020 roku.**

kolejne w 2020 roku:

10 II, 9 III, 20 IV, 11 V, 8 VI, 14 IX, 12 X, 9 XI, 14 XII

Na spotkaniach sekcji będziemy przekazywać informacje
związane z realizacją ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami
i działaniach podejmowanych w WOIPiP oraz NRPiP.

Przedstawimy stanowiska Instytutu Matki i Dziecka
oraz konsultantów krajowych dotyczące pielęgniarek szkolnych.

Będziemy zajmować stanowiska wobec nurtujących nas
problemów i zaplanujemy nasze dalsze działania.

Wislawa Ostrega





XV edycja Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku



temat przewodni:

Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej

Komunikat I, 10 października 2019

**Po raz drugi zapraszamy wszystkie zespoły pielęgniarskie,
które wdrożyły w 2019 r. innowacyjne zmiany w praktyce lub organizacji świadczeń
zdrowotnych mające na celu poprawę jakości opieki pielęgniarskiej**

do podzielenia się swoimi sukcesami i przystąpienia

do Konkursu Pielęgniarka /Pielęgniarz Roku 2019

Konkurs Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku organizowany jest przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Koło Liderów Pielęgniarstwa od 2005 roku. W 2018 roku, w odpowiedzi na zmieniającą się sytuację w ochronie zdrowia, nowe wyzwania, a zarazem nowe możliwości dotyczące pielęgniarek i położnych, decyzją Zarządu Głównego PTP wprowadzono zmianę w formule Konkursu. Zadecydowano o odejściu od oceny kandydatów indywidualnych, na rzecz wprowadzenia oceny osiągnięć zespołów pielęgniarskich mających bezpośredni wpływ na jakość procesu leczenia i opieki, bądź sytuację zdrowotną podopiecznych. Patronat nad konkursem Pielęgniarka Roku obejmuje corocznie Minister Zdrowia oraz Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, a także nasi kluczowi partnerzy w dziedzinie ochrony zdrowia.

Nowa formuła konkursu, ukierunkowana jest na promowanie innowacyjności oraz wdrażania zmian w pielęgniarstwie, pracy zespołowej oraz zaangażowania zespołów pielęgniarskich w działania na rzecz poprawy jakości opieki i leczenia oraz wdrażania zmian mających na celu dobro odbiorcy naszych usług czyli pacjenta, jednostki i społeczeństwa. Innowacyjne rozwiązania to takie, które dotychczas nie funkcjonowały w danej jednostce i zostały wdrożone dzięki pomysłom, inicjatywie i zaangażowaniu zespołu pielęgniarskiego. Rozwiązania te powinny cechować się oryginalnością oraz oparciem wdrożonych rozwiązań na dowodach naukowych, a zespoły aplikujące powinny posiadać pełne prawa autorskie do koncepcji i wdrożonych rozwiązań. Wskazywane w konkursie efektywniejsze od dotychczasowych rozwiązań innowacje powinny być zweryfikowane poprzez metody badawcze lub analityczne.

Cele XV edycji Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku – Innowacje Roku 2019

Podstawowym celem konkursu jest wyłonienie wdrożonych w 2019 r. innowacji w obszarze praktyki pielęgniarskiej lub organizacji pracy zespołów pielęgniarskich służących poprawie jakości świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwa pacjenta i mających wpływ na sytuację zdrowotną pacjenta lub określonej populacji odbiorców świadczeń zdrowotnych.

Konkurs ma charakter ogólnopolski, jest adresowany do pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych we wszystkich rodzajach podmiotów leczniczych lub wykonujących swój zawód w ramach praktyki zawodowej.