

ISSN 1640-7679

Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

2/2018



11 lutego
Światowy
Dzień Chorego

Program szkoleń
i kursów organizowanych
i finansowanych przez OIPIP
w Łodzi w roku 2018

3

Komunikacja
interpersonalna – ważna
umiejętność w pracy
pielęgniarki i położnej

8

Jakość życia chorych na
łuszczycę poddanych terapii
lekami biologicznymi

14

Komunikat
o konferencji
„Zmieniamy
pielęgniarstwo
– kontrowersje
i wyzwania”

20

PRAWA PACJENTA:

- Prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej
- Prawo do poszanowania godności i intymności
- Prawo do wyczerpującej i zrozumiałej informacji o swoim stanie zdrowia
- Prawo do zachowania tajemnicy informacji na własny temat
- Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych
- Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej Twojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych
- Prawo do poszanowania Twojego życia prywatnego i rodzinnego
- Prawo do opieki duszpasterskiej
- Prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza
- Prawa pacjenta w przychodni, ośrodku zdrowia, poradni, ambulatorium, aptecę
- Prawa pacjenta w szpitalu
- Prawo do dochodzenia swoich praw
- Prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych
- Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

PRAWA PACJENTA W AKTACH PRAWNYCH:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza
- Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się
- Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

Źródło: www.mz, www.nfz

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

Agnieszka Kałużna

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

Maria Kowalczyk

Skarbnik ORPiP w Łodzi

Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Małgorzata Pniak

dyżuruje w II i IV środę miesiąca

tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

Edyta Ziemkiewicz

dyżuruje w I i III czwartek miesiąca

w godz. 15.00–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

Joanna Gąsiorowska

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

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź

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

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

poniedziałek – dzień bez interesantów

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

Konto bieżące OIPiP

Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, 11 Oddział w Łodzi

20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Prawo wykonywania zawodu

poniedziałek: dzień bez interesantów; wtorek: 10.00–17.45

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

tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe

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

tel. 42 639 92 62

Biblioteka OIPiP

– *przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym*

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

piątek: 11.00–19.00

e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 92 98

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00

tel. 42 633 23 94

Mecenas

wtorek: 14.00–18.00, czwartek: 12.00–14.00

tel. 42 633 71 06

Kasa

poniedziałek: nieczynna

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

piątek: nieczynna

tel. 42 639 92 76

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

PRAKTYKA ZAWODOWA 8

PODZIĘKOWANIA 19

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 20

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

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

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

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelny: Joanna Gąsiorowska

Bank Zdjęć Photogenica: © depostock – s. 8

© odua – s. 11, © Komokvm – s. 14

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych

materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów

niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640-7679

Korekta: mgr Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz

Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

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

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

**XXVIII posiedzenie Prezydium ORPiP
10 stycznia 2018 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarzy OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki i 1 pielęgniara.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 10 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę/pielęgniara do rejestru pielęgniarek/pielęgniarzy OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę i 1 pielęgniara.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarcę.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu położnej – 1 położną.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyk pielęgniarek i 1 praktykę położnej wykonywanych w podmiotach leczniczych.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 praktyki pielęgniarek, zgodnie z wnioskami.
- ▶ Dokonano wpisu danych w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi, w zakresie wpisu zmiany danych: 1 kursu specjalistycznego i 1 szkolenia specjalistycznego (wniosek złożony w SMK), zgodnie z wnioskami 2 organizatorów.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej, zgodnie z Program przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - skierowano na przeszkolenie – 1 pielęgniarkę,
 - wydano zaświadczenia o odbyciu przeszkolenia – 1 pielęgniarcę.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi zapomogi losowe, w wysokości: 1 × 2500 zł i 1 × 1000 zł oraz odmówiono 3 osobom przyznania zapomogi losowej, ze względów regulaminowych.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w:

- szkoleniach specjalistycznych – 77 osobom
 - kursach kwalifikacyjnych – 8 osobom.
 - kursie specjalistycznym – 5 osobom.
 - kursie doształcającym – 1 osobie.
- Odmówiono 5 osobom przyznania dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek, udziału w 3 szkoleniach specjalistycznych, zgodnie z regulaminem – 2 wnioski złożone po upływie nieprzekraczalnego terminu 60 dni od zakończenia szkolenia i 1 wniosek przedłożona faktura wystawiona na działalność gospodarczą a nie na wnioskodawcę.
- ▶ Zatwierdzono:
 - kadre dydaktyczną dla 2 szkoleń specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi oraz ze środków publicznych zgodnie z zawartą umową z Ministerstwem Zdrowia, realizowanych w OIPiP w Łodzi.
 - skład osobowy komisji egzaminacyjnych dla 3 kursów specjalistycznych, realizowanych w zakładach.
 - honoraria dla 1 autora artykułu opublikowanego w Biuletynie OIPiP Nr 1/2018.
 - ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do:
 - 1 komisji egzaminacyjnej dla 1 kursu specjalistycznego u 1 organizatora kształcenia.
 - składu osobowego komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych – 2 pielęgniarek oddziałowych.

oprac. mgr Maria Kowalczyk
Sekretarz ORPiP

**XXXV Okręgowy Zjazd
Pielęgniarek i Położnych
w Łodzi
odbędzie się
w dniu 15 marca 2018 r.
w Urzędzie Miasta Łodzi
ul. Piotrkowska 104, budynek B,
Duża Sala Obrad, II piętro
Początek obrad od godz. 9.00**

Plan szkoleń i kursów organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi rozpoczynających się w roku 2018

Stan na dzień 12.12.2017 r.

Przypominamy, że wszystkie osoby chętne na kursy i szkolenia powinny składać wnioski drogą elektroniczną w systemie SMK. Dokładna instrukcja logowania opublikowana została w Biuletynie 7-9/2017.

I. Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:

1. **Pielęgniarstwa rodzinnego, program dla pielęgniarek** – 1 edycja w OIPiP.
2. **Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, program dla pielęgniarek** – 1 edycja w OIPiP.
3. **Pielęgniarstwa opieki długoterminowej, program dla pielęgniarek** – 1 edycja w OIPiP.
4. **Pielęgniarstwa operacyjnego, program dla pielęgniarek** – 1 edycja w OIPiP.
5. **Pielęgniarstwa opieki paliatywnej, program dla pielęgniarek** – 1 edycja w OIPiP.
6. **Pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią, program dla pielęgniarek** – 1 edycja w OIPiP.
7. **Pielęgniarstwa psychiatrycznego, program dla pielęgniarek** – 1 edycja w OIPiP.
8. **Pielęgniarstwa onkologicznego, program dla pielęgniarek** – 1 edycja w OIPiP.
9. **Pielęgniarstwa rodzinnego, program dla położnych** – 2 edycje:
 - 1 edycja w OIPiP w Łodzi,
 - 1 edycja w zakładzie:
 1) Tomaszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Tomaszowie Maz., ul. Jana Pawła II 35 – 1 edycja.

10. **Pielęgniarstwa epidemiologicznego, program dla pielęgniarek i położnych** – 2 edycje w OIPiP.

11. **Pielęgniarstwa kardiologicznego, program dla pielęgniarek** – 1 edycja w OIPiP.

12. **Pielęgniarstwa chirurgicznego, program dla pielęgniarek** – 1 edycja w OIPiP.

13. **Pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących, program dla pielęgniarek** – 1 edycja w OIPiP.

14. **Pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, program dla pielęgniarek** – 1 edycja w OIPiP.

15. **Pielęgniarstwa neonatologicznego, program dla pielęgniarek i położnych** – 1 edycja w OIPiP.

16. **Pielęgniarstwo geriatryczne, program dla pielęgniarek** – 1 edycja w OIPiP.

17. **Pielęgniarstwo internistyczne, dla pielęgniarek** – 1 edycja w OIPiP.

18. **Pielęgniarstwo ratunkowe, dla pielęgniarek** – 1 edycja w OIPiP.

19. **Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii, dla położnych** – 1 edycja w OIPiP.

20. **Pielęgniarstwa operacyjnego, program dla położnych** – 1 edycja w OIPiP.

II. Kursy specjalistyczne w zakresie:

1. **Szczepienia ochronne, dla pielęgniarek** – 5 edycji: – 2 edycje w OIPiP w Łodzi,

– 3 edycje w zakładach:

- 1) Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o. o., ul. Skłodowskiej-Curie 6 – 1 edycja.
- 2) SPZOZ Szpital Powiatowy im. Biernackiego w Opocznie, ul. Partyzantów 30 – 1 edycja.
- 3) Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, ul. Czapliniecka 123 – 1 edycja.

2. Endoskopia, program dla pielęgniarek – 2 edycje:

– 1 edycja w OIPIP w Łodzi,
– 1 edycja w zakładzie:

- 1) wss im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu, ul. Parzęczewska 35 – 1 edycja.

3. Leczenie ran, dla pielęgniarek – 7 edycji:

– 2 edycje w OIPIP w Łodzi,
– 5 edycji w zakładach:

- 1) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu, ul. Parzęczewska 35 – 1 edycja.
- 2) SPZOZ Szpital Powiatowy im. Biernackiego w Opocznie, ul. Partyzantów 30 – 1 edycja.
- 3) Tomaszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Tomaszowie Maz., ul. Jana Pawła II 35 – 3 edycje.

4. Dializoterapia, program dla pielęgniarek – 1 edycja w OIPIP.

5. Wykonanie badania spirometrycznego, program dla pielęgniarek – 2 edycje.

– 1 edycja w Łodzi,
– 1 edycji w zakładzie:

- 1) Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. Kopernika w Łodzi – Ośrodek Pediatryczny im. dr J. Korczaka w Łodzi, al. J. Piłsudskiego 71 – 1 edycja.

6. Wykonywanie i ocena testów skórnych, program dla pielęgniarek – 1 edycja w OIPIP.

7. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego, dla pielęgniarek i położnych – 15 edycji:

– 4 edycje w OIPIP w Łodzi,
– 11 edycji w zakładach:

- 1) Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o. o., ul. Skłodowskiej-Curie 6 – 1 edycja.
- 2) SPZOZ Szpital Powiatowy im. Biernackiego w Opocznie, ul. Partyzantów 30 – 1 edycja.
- 3) Kutnowski Szpital Samorządowy w Kutnie, ul. Kościuszki 52 – 1 edycja.
- 4) III Szpital Miejski im. K. Jonschera w Łodzi, ul. Milionowa 14 – 1 edycja.
- 5) Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Wł. Biegańskiego w Łodzi, ul. Kniaziewiczza 1/5 – 2 edycje.
- 6) Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, ul. Czapliniecka 123 – 3 edycje.

- 7) Tomaszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Tomaszowie Maz., ul. Jana Pawła II 35 – 2 edycje.

8. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa, dla pielęgniarek i położnych – 22 edycje:

– 6 edycji w Łodzi,
– 16 edycji w zakładach:

- 1) Twoje Centrum Medyczne w Bełchatowie, ul. 1. Maja 4 – 1 edycja.
- 2) Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi – Ośrodek Pediatryczny im. J. Korczaka w Łodzi, ul. Piłsudskiego 71 – 1 edycja.
- 3) Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o. o., ul. Skłodowskiej-Curie 6 – 1 edycja.
- 4) SPZOZ Szpital Powiatowy im. Biernackiego w Opocznie, ul. Partyzantów 30 – 1 edycja.
- 7) Kutnowski Szpital Samorządowy w Kutnie, ul. Kościuszki 52 – 1 edycja.
- 8) Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, ul. Czapliniecka 123 – 6 edycji.
- 9) Szpital Powiatowy w Radomsku, ul. Jagiellońska 36 – 1 edycja.
- 10) Tomaszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Tomaszowie Maz., ul. Jana Pawła II 35 – 2 edycje.
- 11) Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Wł. Biegańskiego w Łodzi, ul. Kniaziewiczza 1/5 – 2 edycje.

9. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych, dla pielęgniarek i położnych – 1 edycja w OIPIP.

10. Leczenie ran, dla położnych – 1 edycja w OIPIP.

11. Szczepienia ochronne, dla położnych – 1 edycja w OIPIP.

12. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy przężnej oraz wykonanie dojścia doszypikowego, dla pielęgniarek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego – 1 edycja w OIPIP.

13. Edukator w cukrzycy, dla pielęgniarek i położnych – 2 edycje w OIPIP.

14. Edukacja i wsparcie kobiet w okresie laktacji, dla położnych – 2 edycje w OIPIP.

15. Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów, dla pielęgniarek i położnych – 1 edycja w OIPIP.

16. Resuscytacja oddechowo-krążeniowo noworodka, dla pielęgniarek i położnych – 3 edycje:

– 2 edycje w Łodzi,

– 1 edycja w zakładzie:

- 1) Kutnowski Szpital Samorządowy w Kutnie, ul. Kościuszki 52 – 1 edycja.

17. Wywiad i badanie fizykalne, dla pielęgniarek i położnych – 13 edycji:

– 6 edycji w Łodzi,
– 7 edycji w zakładach:

- 1) Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim, ul. Rakowska 15 – 1 edycja.
- 2) SPZOZ Szpital Powiatowy im. Biernackiego w Opocznie, ul. Partyzantów 30 – 1 edycja.
- 3) Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Pomorska 251 – 1 edycja.
- 4) ZZOZCLChPIR w Łodzi – Specjalistyczny Szpital Gruźlicy, Chorób Płuc i Rehabilitacji w Tuszynie, ul. Szpitalna 5 – 1 edycja.
- 5) Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, ul. Czapliniecka 123 – 3 edycje.

18. Ordynowanie leków i wypisywanie recept, dla pielęgniarek i położnych; wariant I i wariant II – 2 edycje w OIPIP.

19. Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową, dla pielęgniarek – 1 edycja w OIPIP.

III. Kursy doszkalaćce w zakresie:

1. Cewnikowanie chorych, program dla pielęgniarek i położnych – 4 edycje:

– 1 edycja w Łodzi,
– 3 edycje w zakładach:

- 1) SPZOZ Szpital Powiatowy im. Biernackiego w Opocznie, ul. Partyzantów 30 – 1 edycja.
- 2) Kutnowski Szpital Samorządowy w Kutnie, ul. Kościuszki 52 – 1 edycja.
- 3) WZZOZCLChPIR w Łodzi, ul. Okólna 181 – 1 edycja.

2. Cewnikowanie dzieci, program dla pielęgniarek i położnych – 1 edycja:

– 1 edycja w zakładzie:

- 1) Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi – Ośrodek Pediatryczny im. dr J. Korczaka w Łodzi, al. J. Piłsudskiego 71 – 1 edycja.

IV. Warsztaty psychologiczne dla pielęgniarek i położnych – prowadzone w zakładach i OIPIP

– 10 godzin dydaktycznych, grupa szkoleniowa 20 osób
– 15 edycji z wybranych tematów:

1. Radzenie sobie z emocjonalnym obciążeniem w pracy pielęgniarki – zarządzanie emocjami.

2. Psychologiczna obsługa klienta medycznego.

3. Techniki pracy pielęgniarki w kontakcie z trudnym pacjentem.

4. Radzenie sobie ze stresem oraz profilaktyka zespołu wypalenia.

5. Wzmacnianie poczucia wartości personelu medycznego.

6. Rozwój osobisty i zawodowy, czyli autoprezentacja w poruszaniu się po rynku pracy.

7. Psychologiczne zasady udzielania wsparcia pacjentom i radzenie sobie z obciążeniem emocjonalnym.

8. Efektywna współpraca w grupie zadaniowej.

9. Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS) – diagnoza i system pomocy.

10. Kompetencje i zdolności małego dziecka – ocenianie na podstawie skali NBAS Brazeltona.

11. Noworodek i małe dziecko profesjonalne wsparcie dla rodziców.

12. Rozwijanie kompetencji komunikacyjnych i umiejętności udzielania wsparcia kobietom w okresie okołoporodowym przez położne.

13. Psychologiczne aspekty porodu oraz niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu.

14. Trauma w życiu człowieka.

15. Samopoznanie drogą do lepszego zarządzania sobą i emocjami.

16. Efektywna komunikacja interpersonalna oraz asertywność.

• • •

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi postanawia przystąpić do przetargu ogłaszanego przez Ministra Zdrowia w roku 2018 na prowadzenie kształcenia pielęgniarek i położnych – 6 edycji szkoleń specjalizacyjnych (MZ) i 2 edycje szkoleń specjalizacyjnych (rezerwa), zgodnie z wykazem priorytetowych dziedzin pielęgniarstwa dla województwa łódzkiego na rok 2018, w tym w ramach umowy z Ministrem Zdrowia – ze środków budżetu państwa lub ze środków OIPIP w Łodzi w dziedzinie:

Pielęgniarstwo chirurgiczne, dla pielęgniarek – (MZ)

Pielęgniarstwo onkologiczne, dla pielęgniarek – (MZ)

Pielęgniarstwo operacyjne, dla pielęgniarek – (MZ)

Pielęgniarstwo internistyczne, dla pielęgniarek – (MZ)

Pielęgniarstwo rodzinne, dla pielęgniarek – (MZ)

Pielęgniarstwo opieki paliatywnej, dla pielęgniarek – (MZ)

Pielęgniarstwo pediatryczne, dla pielęgniarek – (rezerwa)

Pielęgniarstwo opieki długoterminowej, dla pielęgniarek – (rezerwa)

KOMUNIKAT O OBOWIĄZKU AKTUALIZOWANIA DANYCH W REJESTRZE

Szanowni Państwo,

Przypominamy o obowiązku aktualizowania danych, który nakłada na wszystkich członków samorządu art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2016 poz. 1251). W myśl przytoczonego przepisu wszystkie pielęgniarki i położne wpisane do rejestru, zobowiązane są do niezwłocznego zawiadomienia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych o wszelkich zmianach danych, nie później jednak niż w terminie 14 dnia od dnia ich powstania.

Aktualizacji podlegają następujące dane:

- nazwisko (należy zgłosić się do OIPiP z prawem wykonywania zawodu i odpisem aktu małżeństwa);
- dane teledadresowe;
- kwalifikacje zawodowe (tytuł zawodowy, ukończone kursy, specjalizacje);
- miejsce zatrudnienia.

Powyższe zmiany należy zgłaszać w oparciu o następujące dokumenty:

- zaświadczenia potwierdzające informacje o zatrudnieniu, odpis aktu małżeństwa, zaświadczenia o ukończonych kursach lub
- na podstawie arkusza aktualizacyjnego (do pobrania ze strony OIPiP w Łodzi w zakładce „rejestr pielęgniarek”).

W sprawie aktualizacji danych objętych rejestrem należy zgłaszać się do Działu Rejestr (pok. nr 5). W przypadku wątpliwości prosimy o kontakt telefoniczny – 42 633 32 13.

OFERTY PRACY

Miejskie Centrum Medyczne „Widzew” w Łodzi
zatrudni na **umowę o pracę**
położną poz, pielęgniarkę poz

Osoby zainteresowane proszone są o kontakt:
Miejskie Centrum Medyczne „Widzew”
al. Piłsudskiego 157
tel. 42 674 86 36
e-mail: sekretariat@mcmwidzew.pl

Pielęgniarka Koordynująca poz
Miejskie Centrum Medyczne „Widzew”
mgr Regina Pruska
tel. 519 192 245
e-mail: rpruskat@mcmwidzew.pl

Samodzielny Szpital Wojewódzki
im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim
zatrudni **pielęgniarkę ds. epidemiologii**

Wymagania:
specjalizacja z pielęgniarstwa epidemiologicznego

Warunki zatrudnienia do uzgodnienia

Informacji udziela:
Naczelną Pielęgniarką
mgr Beata Rzeźnicka
tel.: 519 376 843



Szanowni Państwo, nazywam się Mirosława Chojnacka, jestem pielęgniarką, członkiem naszej OIPiP w Łodzi. Zwracam się z prośbą o przekazanie 1% podatku w swoim zeznaniu podatkowym. Mam syna chorego na mukowiscydozę – chorobę genetyczną nieuleczalną. Ma 37 lat. Choroba, mimo ciągłego przyjmowania leków, ciągle postępuje. Systematycznie wyniszcza cały organizm, powoduje włóknienie narządów (np. płuc, trzustki). Leczenie i rehabilitacja jest wielokierunkowa i bardzo droga.

**Bardzo proszę, przekazcie swój 1%
Fundacja Dzieciom „Zdążyć z pomocą”
KRS 0000037904
(z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004)**

Innym sposobem udzielania pomocy jest przekazanie darowizny w ciągu całego roku.
Wpłaty prosimy kierować na konto:


Fundacja Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”

Bank BPH sa 15 1060 0076 0000 3310 0018 2615

**Bank BPH sa (darowizny w ramach zbiórki publicznej) 61 1060 0076 0000 3310 0018 2660
z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004**

Więcej informacji na stronie www.dzieciom.pl/4004

Dziękujemy bardzo!

KRS: 0000 199 423
z dopiskiem "DOM W LESIE" 

DOM W LESIE Specjalistyczna Rodzina Zastępcza

Pragniemy, aby dzieci miały mamę i tatę oraz wychowywały się w atmosferze miłości, dlatego nasze działania koncentrują się przede wszystkim na nich. Wiemy że dla dzieci najważniejsze to życie i wychowanie wśród najbliższych, w szczęściu i zdrowiu. Dlatego wszelkie wsparcie zostanie w pełni wykorzystane na odpowiednie leczenie i rehabilitację chorych dzieci znajdujących się w naszej rodzinie.

*Dziękujemy
rodzina Krawczyków*



POMÓŻ

Przekaz 1% podatku

**Fundacja Caritas
Archidiecezji Łódzkiej
KRS 0000274785**

dla Danuty Kozłowskiej

W imieniu naszej Koleżanki-Pielęgniarki
Danuty Kozłowskiej,
bardzo prosimy o przekazywanie
1% podatku na jej indywidualne konto

**70124015451111001012776646
ze wskazaniem dla
Danuty Kozłowskiej**

Danuta Kozłowska była wieloletnim
nauczycielem zawodu, pielęgniarką.
Obecnie od kilku lat wzmaga się
z nieuleczalną chorobą.

Jej stan wymaga 24-godzinnej opieki.
Bardzo prosimy wszystkie osoby dobrej
woli o pomoc dla naszej Koleżanki
Pielęgniarki.



Komunikacja interpersonalna – ważna umiejętność w pracy pielęgniarki i położnej

cz. I

mgr AGATA WĘŻYK

Co to jest komunikacja?

Często wydaje nam się, że komunikowanie się to coś, co wszyscy umiemy, to naturalny element naszego codziennego funkcjonowania. Większość z nas potrafi mówić, słyszy to, co mówią inni, zna swój język ojczysty, a czasem również kilka obcych/innych. Teoretycznie komunikacja nie powinna nam sprawiać większych trudności. A jednak w praktyce często mamy/napotykaemy wiele problemów w procesie porozumiewania się, co z kolei może negatywnie wpływać na nasze relacje, a w sferze zawodowej – na jakość wykonywanej pracy. Pierwszym krokiem w poprawianiu/y jakości komunikacji jest uświadomienie sobie, czym tak naprawdę ona jest..

Słowo „komunikacja” wywodzi się z łaciny (łac. *communicare* – przekazywać) i może być definiowane na różne sposoby. Niemniej jednak większość definicji podkreśla kwestię przekazywania informacji i zakłada istnienie co najmniej czterech głównych elementów: nadawcy, odbiorcy, komunikatu nadawanego za pomocą specjalnego kodu (np. słów, gestów) oraz kanału, którym dany komunikat jest przekazywany. Oczywiście, informacja może być przesyłana tylko w jedną stronę (np. w wypadku przemówienia, występu teatralnego czy komunikatu nadawanego za pomocą mediów), gdy odbiorca nie ma możliwości zareagowania, tj. dania odpowiedzi na odebrany komunikat. Mówimy wtedy o komunikowaniu czegoś komuś. Zwykle jednak mamy do czynienia z komunikowaniem się z innymi, które zakłada istnienie tzw. sprzężenia zwrotnego, czyli naprzemiennej zamiany ról nadawcy i odbiorcy.

A więc w wypadku komunikowania się dochodzi do wymiany komunikatów, a nie tylko jednostronnego przekazywania informacji. Mało tego, jak podkreślają specjaliści komunikat jest nadawany w określonym celu – z zamiarem wywołania określonej reakcji. Na przykład w szpitalu pielęgniarka chce dowiedzieć się, jak czuje się pacjent. Formuluje zatem swoją myśl (komunikat) i wyraża za pomocą

wybranego kodu, najczęściej słów, np.: „Jak się pan dzisiaj czuje?”. Do pacjenta (odbiorcy) dociera sekwencja dźwięków – zakodowany komunikat, który zostaje dekodowany. Pacjent odpowiada (stając się tym samym nadawcą) również wykorzystując pewien kod, np. za pomocą charakterystycznego gestu pokazuje „OK” lub mówi: „Dzisiaj w porządku”. Ten komunikat trafia do pielęgniarki. Tutaj wymiana informacji może się zakończyć, ale w razie potrzeby pielęgniarka może zadawać kolejne pytania i otrzymywać kolejne odpowiedzi. Pacjent również może oczekiwać pewnych informacji i – aby je uzyskać – sam zadaje pytania.

Mit Mehrabiana

W różnych poradnikach i na szkoleniach dotyczących komunikacji często przywołuje się zasadę, zgodnie z którą 55 proc. informacji, które do nas docierają, to mowa ciała, 38 proc. – ton głosu, a zaledwie 7 proc. stanowią słowa. Tyle tylko, że to mit. Wynika on najprawdopodobniej z błędów w komunikacji, a dokładniej – z niewłaściwego tłumaczenia i zniekształcenia przekazywanych po wielokroć informacji na temat eksperymentów przeprowadzonych przez profesora Alberta Mehrabina. Logicznie myśląc, raczej trudno się spodziewać, że zrozumielibyśmy naszego rozmówcę, gdybyśmy kierowali się w tak dużej mierze komunikatami pozawerbalnymi (które przecież w myśl przytoczonej zasady miałyby stanowić aż 93 proc. przekazu!). Wystarczy wyłączyć dźwięk w telewizorze i spróbować domyśleć się, o czym mowa w danym programie, aby zorientować się, że słowa odgrywają kluczową rolę. Ale komunikacja niewerbalna jest również istotna w wielu sytuacjach!

Słowa, słowa, słowa...

Najczęściej porozumiewamy się za pomocą słów (czy to w formie ustnej, czy też pisemnej). To one w dużej mierze pomagają nam wyrazić, co myślimy i czujemy. Komunikaty werbalne stanowią oczywiście niezbędny element codziennej pracy pielęgniarek. Personel medyczny, porozumiewając się między sobą, często posługuje się charakterystyczną terminologią. To bardzo ułatwia życie, gdyż współpracownikom nie trzeba tłumaczyć pewnych rzeczy. Za pomocą kilku fachowych terminów można przekazać wiele informacji na temat pacjentów na oddziale czy w przychodni, planowanych czy wykonanych zabiegów itp. Problem pojawia się jednak, kiedy używamy żargonu w rozmowach z pacjentami lub ich bliskimi, którzy przecież zwykle nie są specjalistami w zakresie medycyny i opieki zdrowotnej. Czasami nawet nie zdajemy sobie sprawy z tego, że słowa, które wypowiadamy, są niezrozumiałe. Są one tak głęboko ugruntowane w naszych wewnętrznych słownikach, że ich znaczenie wydaje nam się absolutnie jasne. Tymczasem większość ludzi po prostu nie zna wielu terminów medycznych i może po prostu nie zrozumieć, co chcemy im przekazać. Wyobraźmy sobie np. sytuację, kiedy pacjent otrzymuje informację: „Ma pan wysoki poziom HDL”. Dla pielęgniarki jest oczywiste, że to dobra wiadomość – zna terminologię fachową, więc potrafi rozszyfrować skrót HDL, wie ona i rozumie, że im wyższy poziom lipoproteiny wysokiej gęstości, tym lepiej dla zdrowia. Oczywiście może się zdarzyć, że pacjentem jest osoba z wykształceniem medycznym, dla której powyższy komunikat będzie zrozumiały. Niemniej jednak w większości wypadków taka informacja może wzbudzić w pacjencie niepewność i lęk, ponieważ nie ma on pojęcia, o czym mowa i czy wysoki poziom HDL jest czymś pozytywnym, czy wręcz przeciwnie. Dlatego, z perspektywy skutecznej komunikacji pracowników ochrony zdrowia z pacjentami, bardzo ważne jest unikanie żargonu i wyjaśnianie ewentualnych wątpliwości. Szczególną rolę mogą tutaj odegrać właśnie pielęgniarki, które w pewnym sensie mogą pełnić funkcję tłumacza, np. w relacji lekarz-pacjent. Wbrew pozorom nie jest to łatwe zadanie. Czasami trudno jest wyjaśnić coś prosto i przystępnie, nie sprawiając jednocześnie wrażenia, że mówi się jak do dziecka. A to może się nie spodobać niektórym osobom, które mogą się poczuć urażone, mieć wrażenie, że traktuje się je w sposób protekcyjny (choć absolutnie nie jest to intencją nadawcy komunikatu). Dobór odpowiednich słów i dopasowanie komunikatu do zdolności, oczekiwań i potrzeb pacjenta to naprawdę ogromna umiejętność.

...i nie tylko

Komunikacja werbalna jest niezastąpiona, jeśli chcemy przekazać konkretne informacje, fakty, przedstawić naszą opinię na jakiś temat lub o coś zapytać. Ale treść naszych wypowiedzi może być rozumiana zupełnie inaczej w zależności od kontekstu, jaki tworzą elementy niewerbalne. Ogromną rolę odgrywają tzw. czynniki paralingwistyczne (parazyklowe), czyli sposób, w jaki mówimy: ton głosu, szybkość wypowiedzi,

„Umiejętność komunikowania się stała się w dzisiejszym świecie towarem, za który gotów jestem płacić więcej niż za jakikolwiek inny”.

John D. Rockefeller

Człowiek jest istotą społeczną. Żyje w grupie i nie może funkcjonować bez innych ludzi. A to z kolei wymaga efektywnego porozumiewania się między sobą. Skuteczna komunikacja stanowi ważny element relacji międzyludzkich zarówno w życiu prywatnym, jak i w sferze zawodowej, szczególnie jeśli praca polega na opiece nad innymi. Komunikacja jest niezbędna w procesie zdobywania wiedzy i rozwoju kompetencji zawodowych. Odgrywa ona również ogromną rolę w codziennej pracy pielęgniarek i położnych. Każda rozmowa – czy to ze współpracownikami (np. przekazywanie informacji na początku/końcu zmiany, współpraca przy zabiegach), czy z pacjentami i ich bliskimi (np. w procesie diagnozy, zbierania informacji na temat stanu chorego, udzielania wsparcia pacjentom i ich rodzinom) – wymaga pewnych umiejętności. Nieefektywna komunikacja może zaważyć na ludzkim zdrowiu i życiu.

płynność, intonacja, głośność, pauzy, przerywniki, śmiech, westchnienia, pomruki itd. Na przykład komunikat: „wszystko w porządku” – w zależności od intonacji może być pytaniem o czyjeś samopoczucie albo stwierdzeniem, że czujemy się dobrze. Wypowiedziany głośno, płynnie, w miarę szybko sugeruje, że rzeczywiście wszystko jest w porządku. Ale te same słowa wypowiedziane cicho, w spowolnionym tempie, urywanym lub roztrzęsionym głosem każą nam zastanowić się, czy aby na pewno nasz rozmówca czuje się dobrze. Jeśli rozmawiamy z pacjentem, to jego sposób mówienia nie tylko dostarcza nam dodatkowych informacji na temat jego stanu emocjonalnego, ale – w kontekście opieki zdrowotnej – ma również znaczenie w diagnozie niektórych zaburzeń i problemów zdrowotnych. Oczywiście sposób, w jaki mówimy do pacjentów także jest niezwykle istotny. Cichy, niepewny głos, częste przerwy, wahanie się, niedokończone zdania mogą zostać odebrane jako brak kompetencji, niepewność lub niepokój i wzbudzić niechęć lub ograniczyć zaufanie rozmówcy. Podobnie przekonywanie pacjenta, że powinien stosować się do zaleceń lekarskich, ze złością w głosie (czasem nieuświadomianą) będzie raczej mało skuteczne. Natomiast miły, ciepły głos, niezbyt wysoki ton, wyraźne, płynne wypowiedzi bez zbędnych przerw, zachęcanie pacjenta do zadawania pytań – wszystko to pozwala na budowanie pozytywnych relacji, zwiększa zaufanie i szanse na stosowanie się pacjenta do zaleceń, a tym samym przyczynia się do skuteczności leczenia.

Ważnym elementem komunikacji niewerbalnej jest mimika. Nawet najprzyjemniejsza wiadomość, wypowiedziana z kwaśnym grymasem na twarzy czy zmarszczonym w gniewie czołem, nie zostanie dobrze przyjęta. Jeśli werbalna część komunikatu (słowa) nie jest spójna z sygnałami niewerbalnymi, to ludzie częściej uwierzą przekazowi niewerbalnemu. To właśnie miał na myśli profesor Albert Mehrabian wskazując, że 93 proc. znaczenia komunikatu nadaje mowa ciała i ton głosu (zob. ramka). Twarz pozwala wyrażać wiele różnych emocji, dostarczając tym samym dużo informacji. Jeżeli rozmawiamy z kimś, np. przez telefon, często trudno nam ocenić jego stan emocjonalny, chyba że jest on bardzo silnie zaznaczony w głosie (np. roztrzęsiony głos jest oczywistym sygnałem zdenerwowania). Kontakt wzrokowy również pełni istotną rolę w komunikacji – pozwala m.in. regulować kolejność wypowiedzi, np. w wyniku spojrzenia na rozmówcę, czy wzięcia pod uwagę kontekstu rozmowy, zwłaszcza uwarunkowanego kulturowo. W większości kultur europejskich – patrząc na rozmówcę, sygnalizujemy zainteresowanie, pokazujemy, że uważnie go słuchamy lub że czegoś od niego oczekujemy. Patrzenie na rozmówcę, to również oznaka szczerości, a niektórych wypadkach – troski. Jednak zbyt natarczywe spojrzenie może wprawić rozmówcę w konsternację lub wzbudzić poczucie zagrożenia. Uciekanie wzrokiem z kolei może zostać odebrane jako oznaka niepewności lub nieszczerości. Jednak należy mieć na uwadze to, że trafi do nas pacjent z innego kraju, wychowany w innej kulturze, w której nieskrępowane patrzenie na drugą osobę jest uznawane za niegrzeczne.

Innym, silnie uwarunkowanym kulturowo, elementem komunikacji niewerbalnej są gesty. Gestykulacja pomaga

przekazywać różne informacje (czasem nawet w ogóle bez słów), ale należy pamiętać, że pewne gesty, zrozumiałe i akceptowane w jednym kręgu kulturowym, mogą być niejasne dla osób z innego kraju, a nawet postrzegane jako obraźliwe. Postawa (sylwetka) również może wiele sygnalizować, np. wyprostowane plecy, uniesiona lekko w górę głowa sugeruje pewność siebie, dobry nastrój. Przygarbienie, pochylenie głowy, skrzyżowane ręce, kulenie się mogą być natomiast oznaką niepewności, niepokoju, a nawet bólu, ale także zmęczenia, przemarznięcia. Tego typu sygnały mogą mieć ogromne znaczenie w kontekście opieki zdrowotnej. Na przykład dzięki temu pielęgniarka może zauważyć, że z pacjentem jest coś nie w porządku. Z kolei pacjenci widząc, że opiekująca się nimi pielęgniarka chodzi przygarbiona czy skulona, mogą powstrzymać się od sygnalizowania swoich potrzeb, ponieważ nie chcą jej nadmiernie obciążać. Mogą również odczuwać ograniczone zaufanie do personelu medycznego, jeśli otrzymują niewerbalne sygnały sugerujące brak pewności siebie czy zniechęcenie.

To, jak wykorzystujemy fizyczną przestrzeń wokół siebie, również ma znaczenie w komunikacji. Przysuwamy się i pochylamy w stronę interesującego rozmówcy albo zwiększamy dystans, sygnalizując brak chęci do kontaktu. Każdy z nas ma swoją „strefę osobistą”, do której w normalnych warunkach dopuszcza tylko najbardziej zaufane osoby. Jednak relacja pielęgniarka-pacjent jest pod tym względem szczególna. Bliski kontakt i dotyk jest nieunikniony w trakcie procedur diagnostycznych czy podawania leków i większość ludzi akceptuje to bez większego problemu. Należy jednak szanować potrzeby pacjentów i ich strefę osobistą oraz uważać, aby nie nadużywać dotyku, szczególnie w wypadku osób odmiennej płci. W Polsce jeszcze rzadko zwraca się na to uwagę, ale w innych krajach podkreśla się, że dotyk może zostać błędnie zinterpretowany i uznany za molestowanie seksualne. Niezależnie od tego typu wątpliwości, rola pielęgniarki polega m.in. innymi na wspieraniu pacjenta w procesie leczenia, w tym również udzielaniu wsparcia emocjonalnego. Kontakt fizyczny (np. delikatne dotknięcie ręki, poklepanie po ramieniu, pogłaskanie po głowie) sygnalizuje chęć opieki, zainteresowanie, stanowi próbę pocieszenia, dodania otuchy.

Komunikacja zarówno werbalna, jak i niewerbalna odgrywa ogromną rolę w pracy pielęgniarek. Od efektywności komunikacji zależy m.in. nie tylko skuteczność leczenia, satysfakcja pacjentów, ale również satysfakcja personelu medycznego z własnej pracy. Oczywiście czasami, nawet bardzo często, bywa trudno. Zdarza się, że – wskutek nieprzyjemnych wydarzeń w życiu prywatnym czy ze względu na trudne warunki pracy, nie panujemy nad nerwami, czujemy rozgoryczenie i żal, mamy poczucie niedocenia. To wszystko odzwierciedla się w naszej mimice i gestykulacji, postawie i głosie, wpływa na nasze nastawienie wobec innych, a zatem i na komunikację z nimi. Więcej o tym, co sprzyja, a co przeszkadza w skutecznej komunikacji już w kolejnym artykule.

mgr Agata Wężyk
Instytut Medycyny Pracy



mgr MAŁGORZATA KURPIOS-KOSIŃSKA

Połów o przebiegu prawidłowym cz. II

Obserwacja przebiegu połogu

Bezpośrednio po porodzie położnica powinna pozostać na sali porodowej minimum 2 godziny po porodzie fizjologicznym, a po porodzie zabiegowym np. kleszczowym do 3 godzin.

Po wykonanym cięciu cesarskim położnica jest otoczona intensywną opieką do 24 godzin.¹ Właściwe postępowanie pielęgnacyjne położnicy pomaga przejść bez powikłań okres połogu.

W pierwszych godzinach połogu obserwujemy parametry życiowe położnicy oraz zachowanie położnicy.² (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperaturę), czynność oddechową, wysokość dna mięśnia macicy, ilość i wygląd odchodów połogowych.

Tętno w okresie połogu

Obowiązuje stała kontrola w pierwszych godzinach po porodzie. Prawidłowe tętno wynosi 70–80 uderzeń/min. Zaobserwowanie szybkiego i nitkowego tętna może nam sugerować krwawienie lub rozwijający się stan zapalny.³

1. Łapecka-Klusek C.: Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii; Wydawnictwo Czekaj; Lublin 2003 r.

2. Rozporządzenie MZ z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem.

3. Bręborowicz G.H.: Położnictwo i ginekologia;(T1); Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2007 r.

Ciśnienie tętnicze krwi

Bardzo ważna jest kontrola ciśnienia krwi, ponieważ zwraca uwagę na możliwość wystąpienia krwawień. Zarówno niskie jak i wysokie ciśnienie może być niebezpieczne dla położnicy. Przy niskim ciśnieniu obawiamy się nadmiernej utraty krwi, natomiast przy podwyższonym ciśnieniu może wystąpić ryzyko rozwoju zagrażającej rzucawki w połogu, jeśli stan taki zaobserwowano już w ciąży⁴.

Temperatura ciała

O prawidłowej temperaturze ciała mówimy wtedy, gdy wynosi od 36,5° do 37,0°C. Od 37,1° do 37,9°C mówimy o stanie podgorączkowym w połogu, gorączkę w połogu stwierdzamy przy temperaturze powyżej 38°C. Omijając 1 dzień połogu. Jest to spowodowane odwodnieniem oraz stresem związanym z porodem.

Czynność oddechowa

U położnic po odbytych cięciu cesarskim czynność oddechową kontrolujemy sprawdzając drożność oddechową i liczbę oddechów na minutę. W pierwszych dwóch godzinach kontrolujemy co 15 minut, prze następne 10 godzin co 1 godzinę.⁵ Obserwacja ta ma na celu zmniejszyć ryzyko upośledzenia drożności dróg oddechowych. Spowodowana jest najczęściej wydzieliną zbierającą się w gardle, tchawicy oraz

4. Bręborowicz G.H.: Położnictwo i ginekologia;(T1); Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2007 r.

5. Łapecka-Klusek C.: Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii; Wydawnictwo Czekaj; Lublin 2003 r.

oskrzelach. Po cięciu cesarskim położnica wykonuje ćwiczenia oddechowe. Polegające na oddychaniu torem brzuszny, co zwiększa ruchomość przepony. Ćwiczenia te powodują rozprężanie płuc, w przypadku zalegania wydzieliny ułatwiają jej odkrztuszeniu. Opieka i nadzór nad położnicą opiera się na oklepywaniu pleców, w tym czasie proponując pacjentce głęboko oddychać.

Wysokość dna mięśnia macicy

Wysokość dna macicy i jej konsystencje oceniamy wtedy gdy pęcherz moczowy jest opróżniony. Objawem obniżania się dna macicy jest jej zwijanie. Po wydaleniu łożyska macica znajduje w połowie odległości między pępkiem a spojeniem łonowym. W ciągu następnych 24 godzin mięsień ousi się do wysokości pępka. A przez następne 10 dni codziennie obniża się o 1cm. Miedzy 10–14 dniem połogu macica jest już praktycznie nie wyczuwalna. Badaniem palpacyjnym określamy wysokość dna macicy, które należy przeprowadzać codziennie.⁶

Odchody połogowe

Odchody połogowe są to wydzieliny złuszczonego się endometrium macicy. Mają charakter wydzieliny przyrannej. W pierwszych dniach połogu odchody są krwisto-surowicze. Później stają się brunatnoczerwone, brązowe, żółtawe aż pod koniec 4–6 tygodnia stają się białe i zanikają. Znajdujące się bakterie w pochwie (gronkowce, paciorkowce, ropotwórcze drobnoustroje) infekują wypływające odchody i stają się potencjalnym źródłem zakażeń połogowych.⁷ Duże znaczenie ma kontrola odchodów ich wygląd, zapach oraz ilość poprzez częste zmienianie wkładek. Odchody połogowe zazwyczaj są bardziej obfite w porze porannej i w czasie karmienia, wpływ na to ma inwolucja mięśnia macicy.

Ocena rany krocza oraz rany pooperacyjnej

Podstawowe znaczenie w pielęgnacji krocza i rany pooperacyjnej jest utrzymanie prawidłowej higieny. Higiena intymna polega na codziennej toalecie okolic krocza, noszenie lekkiej, bawełnianej bielizny i kontroli czystości pochwy. W celu zapewnienia prawidłowego gojenia się rany należy przestrzegać zasad aseptyki i antyseptyki. W pierwszych godzinach po porodzie fizjologicznym pielęgnacja krocza obejmuje obserwacje w kierunku krwiałków i stanów zapalnych. Gojenie się rany krocza zależy nie tylko od prawidłowej pielęgnacji ale także od stanu ogólnego położnicy i współistniejących chorób. Aby utrzymać ranę krocza w czystości należy po każdym oddaniu moczu czy stolca umyć okolice krocza. Zachęcamy położnicę do utrzymania higieny osobistej, w tym celu kobieta przynajmniej dwa razy w ciągu doby powinna umyć się pod prysznicem. Częste wietrzenie krocza zapewnia

6. Pisarski T.: Położnictwo i ginekologia; Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 1998 r.
7. Pschyrembel W.: Praktyczne położnictwo operacjami położniczymi; Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2007 r.

prawidłowe gojenie. Obserwacja zrostu naciętego krocza odbywa się poprzez jej oglądanie. Nacięte krocze prawidłowo goi się przez rychłozrost. Nieprawidłowością gojenia się naciętego krocza jest zrost przez ziarninowanie oraz wystąpieniu obrzęku.⁸

Odpowiednia pielęgnacja rany pooperacyjnej zmniejsza ryzyko infekcji. Ranę pooperacyjną dezynfekujemy w zależności od przyjętego postępowania pielęgnacyjnego w oddziale położniczym.⁹

Ocena żył kończyn dolnych

Do tej oceny zaliczamy kobiety z tendencją do zakrzepicy oraz u położnic z żyłakami kończyn dolnych. Zaobserwowane żyłaki w niektórych przypadkach można zmniejszać przez zastosowanie pończoch przeciwżyłakowych. Najstosowniejszą metodą zapobiegania powstaniu powikłań zakrzepowo – zatorowych kończyn dolnych jest wczesne uruchomienie pacjentki. Wczesne uruchamianie pacjentki sprzyja pobudzeniu krążenia krwi w kończynach dolnych. Rzadziej dochodzi do zakrzepicy kończyn dolnych.

Obserwacja gruczołu sutkowego

Rolę w prawidłowym przebiegu laktacji odgrywa przestrzeganie czystości gruczołu piersiowego. Przed każdym dostawieniem noworodka do piersi położnica powinna umyć dokładnie ręce. Zaraz po porodzie dostawiamy noworodka do piersi, aby pobudzić proces laktacji. W pierwszych dniach połogu obserwujemy wygląd brodawek sutkowych, ogólny obraz piersi oraz zachowanie noworodka podczas karmienia.

Wydzielenie mleka z piersi odbywa się w 2–3 dobie, wcześniejszy pokarm to wydzielina bogata w substancje odżywcze zwana siarą. W czasie połogu piersi stają się twarde, bolesne, może dojść do podwyższonej ciepłoty ciała, lecz nie powinna ona przekraczać stanu podgorączkowego. W 3–4 dobie należy zwrócić uwagę na nagły przypływ mleka zwany nawałem pokarmowym. Zjawisko to związane jest ze zwiększonym wydzieleniem protaktyny, a zmniejszoną ilością zapotrzebowania żywieniowego u noworodka.

Kontrola gruczołu piersiowego obejmuje oglądanie piersi, pod względem np.: popękanych brodawek sutkowych, stanów zapalnych wokół brodawek czy bolesnością piersi.¹⁰

Kontrola oddawania moczu

Pęcherz moczowy po porodzie fizjologicznym powinien być opróżniony w ciągu 8–12 godzin. U położnicy po porodzie zabiegowym mocz powinien być oddany w ciągu 6 godzin. Kobiety w tym okresie mają trudności w oddawaniu moczu. Stanowi to skutek zmniejszonego napięcia ścian pęche-

8. Łapecka-Klusek C.: Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii; Wydawnictwo Czekaj; Lublin 2003 r.
9. Łapecka-Klusek C.: Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii; Wydawnictwo Czekaj; Lublin 2003 r.
10. Pisarski T.: Położnictwo i ginekologia; Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 1998 r.

rza moczowego. W przypadku pojawienia się trudności w oddaniu moczu dobrze jest zastosować bodźce stymulujące wypływ moczu. Najważniejsze jest to by położnica jak najwcześniej wstała. Pionizacji ciała umożliwi szybsze oddanie moczu.

Zaleganie moczu w pęcherzu moczowym sprzyja powstaniu infekcji. U położnicy po porodzie zabiegowym ważną jest kontrola ilości oddanego moczu (bilans płynów) oraz jego zabarwienie.¹¹

Laktacja

W pierwszych dniach połogu z gruczołu piersiowego wydzielana jest siara w ilości około 200–500 g w ciągu doby. Modziwo czyli siara w porównaniu z dojrzałym mlekiem zawiera więcej białka oraz chlorków sodowych i wartości energetycznych. Duża wartość energetyczna zapewnia, że ubytek masy ciała noworodków jest niewielka.

Dojrzałe mleko kobiece pojawia się już w 3. dobie po porodzie, a ilość wzrasta wraz z częstotścią karmienia. Istotne jest to, że mleko zawiera przeciwciała odpornościowe związane z obecnością immunoglobuliny A stając się osłoną przeciwbakteryjną dla noworodka.

Białko mleka kobiecego to przede wszystkim kazeina oraz białka serwatkowe. Tłuszcze zawarte w pokarmie to podstawowe źródło energetyczne.

Mleko zawiera także składniki jonowe i mineralne, witaminy, enzymy ułatwiające trawienie, a także limfocyty T i B, które stanowią ochronę piersi przed inwazją bakteryjną.¹² Pokarm matki jest bogaty w wyżej wymienione składniki i wykazuje ogromne korzyści z karmienia naturalnego dla dziecka. Korzyści wynikające z karmienia piersią są obustronne. Karmienie piersią jest bardzo wygodne, tanie i wpływa istotnie na pogłębianie więzi fizycznej i emocjonalnej między matką a dzieckiem.¹³

Czas trwania laktacji można indywidualnie regulować poprzez częstość karmienia piersią. Upowszechnianie karmienia piersią jest bardzo istotne na całym świecie.

Według Światowej Organizacji Zdrowia WHO (ang. World Health Organization) karmienie piersią zapobiega pogarszaniu się stanu zdrowia dziecka w pierwszym roku życia.¹⁴

Połów to naturalna część zakończenia procesu ciąży. To właśnie w tym czasie cofają się zmiany w obrębie narządu rodowego oraz w całym organizmie kobiety. Organizm nie

11. Łapecka-Klusek C.: Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii; Wydawnictwo Czekaj; Lublin 2003 r.
12. Pisarski T.: Położnictwo i ginekologia; Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 1998 r.
13. Nehring-G. M.: Warto karmić piersią, poradnik dla matek oraz wszystkich, którzy pragną pomóc Intertom; 2004 (wydanie II, poszerzone)
14. Dane za stroną internetową: www.who.un.org.pl

tylko regeneruje się i wraca do stanu sprzed ciąży, ale także podejmuje nowe funkcje związane z karmieniem dziecka i przystosowaniem do nowej roli w życiu.

Wszystkie te zmiany stanowią duże obciążenie dla kobiety, wymagają intensywnej opieki lekarza oraz położnej. Przede wszystkim prawidłowa kontrola przebiegu połogu stanowi duży sukces w fizjologicznym jego przejściu.

Obserwacja zwijania macicy, ocena i ilość odchodów połogowych oraz wszelkich obrażeń dróg rodnych, jakie mogły zaistnieć w trakcie porodu stanowią podstawę dla prawidłowego jego przejścia. Cierpliwość oraz troska jaką położna otacza położnicę jest niezbędnym darem przebrnięcia przez pierwsze dni trwania połogu.

Literatura:

1. Benson R. C.: Położnictwo i ginekologia; PZWL; Warszawa 1988 r.
2. Bręborowicz G.H.: Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek; PZWL; Warszawa 2002 r.
3. Bręborowicz G.H.: Położnictwo i ginekologia; (T1); Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2007 r.
4. Chazan B.: Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego; Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 1997 r.
5. Dmoch-Gajzlerska E.: Położnictwo i ginekologia: dla studentów położnictwa i pielęgniarstwa. Cz. V; Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; Warszawa 2008 r.
6. Klimek R.: Położnictwo; Dream Publ. Comp.; Kraków 1999 r.
7. Łapecka-Klusek C.: Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii; Wydawnictwo Czekaj; Lublin 2003 r.
8. Nehring-G. M.: Warto karmić piersią, poradnik dla matek oraz wszystkich, którzy pragną pomóc Intertom; 2004 (wydanie II, poszerzone).
9. Norwitz E.: Położnictwo i ginekologia w zarysie; Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2007 r.
10. Pisarski T.: Położnictwo i ginekologia; Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 1998 r.
11. Pschyrembel W.: Praktyczne położnictwo operacjami położniczymi; Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2007 r.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. Na podstawie art.22 ust.5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.

mgr Małgorzata Kurpios-Kosińska
Zakład Położnictwa Praktycznego
II Katedra Ginekologii i Położnictwa
Uniwersytet Medyczny w Łodzi



Jakość życia chorych na łuszczycę poddanych terapii lekami biologicznymi cz. I

mgr BEATA GRAS

Łuszczycza (łac. *psoriasis*) jest przewlekłą ogólnoustrojową chorobą zapalną, niezakaźną z charakterystycznymi okresami zaostrzenia i remisji. W Polsce choruje na nią 800 000 osób, a ponad 17 000 z nich cierpi na najcięższą jej postać. Kliniczna manifestacja łuszczycy opisywana jest od ponad 200 lat. Pierwszego szczegółowego opisu dokonał w 1808 r. brytyjski lekarz Robert Willan. Pracę jego kontynuował Ferdynand Herbe, który ostatecznie dokonał identyfikacji i zdefiniowania łuszczycy oraz trądu.

W przypadkach cięższego przebiegu łuszczycy może znacznie zmienić się poziom funkcjonowania pacjentów, poprzez to zaburzać ich jakość życia. Należy pamiętać, że łuszczycza klinicznie rzadko pozostaje w stagnacji, często zmiany skórne ewoluują. Ze względu na przewlekły charakter choroby przez wiele lat uważano za właściwe długotrwałe stosowanie leczenia miejscowego. Wprowadzano również sposoby ogólnego leczenia poprzez stosowanie niskich dawek leków oraz fototerapii i fotochemoterapii.

Przełomem w leczeniu łuszczycy stały się początki lat 70. XX wieku, kiedy to dwaj uczeni – Kohler i Milstein – dokonali odkrycia strukturalnych przeciwciał monoklonalnych i białek fuzyjnych stanowiących strukturę leków biologicznych, za co otrzymali w 1984 r. Nagrodę Nobla w dziedzinie

medycyny. Odkrycie to pozwoliło wdrożyć leczenie biologiczne u pacjentów dermatologicznych, reumatologicznych, gastroenterologicznych z odnotowaną dużą skutecznością kliniczną terapii. Leczenie biologiczne umożliwiło wielu chorym poprawienie w znacznym stopniu funkcjonowanie na gruncie zawodowym, rodzinnym i towarzyskim.

Łuszczycza, która w literaturze przedmiotu postrzegana jest jako choroba skóry, w rzeczywistości jest chorobą ciała i duszy.

Przedmiotem pracy jest jakość życia pacjentów chorych na łuszczycę poddanych terapii lekami biologicznymi, zaś celem badań jest uzyskanie informacji na temat jakości życia chorych na łuszczycę, skuteczności zastosowanej terapii lekami biologicznymi w porównaniu z poprzednim sposobem leczenia oraz otrzymanie odpowiedzi na pytanie, czy zastosowanie terapii biologicznej u pacjentów chorych na łuszczycę wpłynęło na poprawę ich jakości życia.

Budowa i funkcje skóry

Spełniane przez skórę funkcje ochronne narządów wewnętrznych przed wpływem środowiska zewnętrznego są bardzo

ważne dla całego organizmu. Skóra bierze udział w utrzymaniu równowagi między organizmem a otoczeniem. Stanowi ona barierę ochronną przed czynnikami mechanicznymi, chemicznymi, fizycznymi oraz biologicznymi. Odgrywa dużą rolę w termoregulacji, w utrzymaniu równowagi wodno-oddechowej, wydzielniczej, metabolizmie białek, lipidów, węglowodanów, witamin oraz w procesach resorpcji i odporności ustroju.

Skóra jest ważnym narządem zmysłu zawierającym receptory dotyku, ucisku, temperatury oraz bólu. Spełnia funkcję ekspresyjną w wyrażaniu stanów emocjonalnych. W zależności od wzrostu i budowy ciała u dorosłego człowieka powierzchnia skóry wynosi od 1,5 m do 1,8 m kwadratowego. Pełni ona funkcję dopełniającą jako szata zewnętrzna okrywająca nasze

ciało. Często postrzegani jesteśmy w określonych kręgach kulturowych pod kątem zewnętrznej osobniczej estetyki.

Skóra składa się z naskórka, skóry właściwej, tkanki podskórnej, zawiera przydatki, naczynia krwionośne, chłonne oraz zakończenia nerwowe. Skóra pokryta jest płaszczem lipidowym, tzw. sebum – zawiesiną olejowo-wodną oraz złuszczoną keratyną.

Naskórek (*epidermie*) zbudowany jest z keratynocytów, warstwy podstawnej (*stratum basale*) jako najniższej położona warstwa komórek o wydłużonych, silnie zasadochłonnych jądrach, zwana również częścią rozrodczą. Prekursory keratyny znajdujące się w tej warstwie są produktem metabolizmu naskórka.

Obok melanocytów w warstwie podstawnej znajdują się komórki Langerhansa. Komórki Markela są to szczególnego typu keratynocyty wykazujące czynność neuroendokrynną.

Warstwa kolczysta (*stratum spinosum*) złożona jest z wielu rzędów wielobocznych komórek, które ulegają spłaszczeniu w kierunku powierzchni skóry. Przestrzeń znajdująca się między komórkami wypełniona jest substancją mukopolisacharydowo-białkową. Warstwa podstawna i kolczysta tworzą wspólną nazwę warstwy Malpighiego.

Warstwa ziarnista (*stratum granulosum*) zbudowana jest z wielu wrzecionowatych komórek o spłaszczonych jądrach, które wypełnione są silnie zasadochłonnymi ziarnami keratohialiny i stanowią ważny produkt w procesie wytwarzania białka keratynowego. Strefa pośrednia odgrywa duże znaczenie w zaburzeniach rogowacenia.

Warstwa rogowa (*stratum corneum*) złożona jest ze spłaszczonych komórek pozbawionych jąder, które są luźno ułożone na powierzchni i podlegają złuszczeniu. Warstwa rogowa zawiera białka keratynowe, których rola polega na wiązaniu wody i nadaniu skórze elastyczności. Płaszcz lipidowy na powierzchni warstwy rogowej działa jako regulator wchłaniania substancji rozpuszczalnych w wodzie oraz w tłuszczach.

Faza przejścia keratynocyta z warstwy podstawnej do warstwy rogowej wynosi od 26 do 28 dni, zaś w błonie śluzowej jest on znacznie krótszy, bo trwa 5 dni, co ma ogromny wpływ w procesie gojenia się ran. Połowa tego okresu przypada na warstwę Malpighiego, a połowa – na warstwę rogową. Długość tego okresu jest istotna w wypadkach niektórych chorób ze wzmożoną proliferacją naskórka, np. w łuszczycy. W wyniku różnicowania keratynocytów powstają komórki zawierające keratynę, której strukturę stanowią cytokeratyny oraz białka wiążące, takie jak inwolutryna i lorikryna stanowiące terminalne markery keratynocytów.

Cytokeratyny pojawiają się w naskórku w efekcie różnicowania keratynocytów. Przeciwciała monoklonalne, zastosowane przeciwko cytokeratynom, umożliwiają wytwarzanie keratyny. Manifestacja cytokeratyn ulega znacznej zmianie w nowotworach łagodnych i złośliwych wywodzących się ze strefy naskórka. Regulatorem homeostazy komórkowej w naskórku jest zjawisko apoptozy – zakodowanej śmierci komórkowej.

Błona podstawna to miejsce, w którym następuje połączenie naskórka ze skórą właściwą, jej masę stanowią białka i proteoglikany, produkowane przez komórki naskórka i tkanki łącznej skóry właściwej. Górną część, przylegającą do komórek podstawnych naskórka, stanowi blaszka jasna, dolna zaś – przylegająca do skóry właściwej – nosi nazwę blaszki ciemnej.

Komórkami syntetyzującymi melaninę są melanocyty wywodzące się z grzebienia nerwowego. Melanocyt zawiera dwie lub więcej wypustek. W ziarnistościach zawierających melaninę znajduje się zmienna liczba melanosomów. W zależności od zróżnicowania melanocytów wyróżnia się odmiany morfologiczne melanosomów. Barwy skóry u rasy białej oraz czarnej uzależnione są od liczby wytwarzanych ziaren melaniny.

Wpływ czynników egzogennych i endogennych na uaktywnienie melanogenezy:

- promienie pozafioletowe, stany zapalne;
- metale i metaloidy;
- hormony przysadki mózgowej, gruczołu tarczowego, płciowe głównie estrogeny.

Wpływ czynników działających hamująco na melano-genęzę:

- hormony, głównie kory nadnerczy;
- witaminy, głównie kwas askorbinowy.

Skóra właściwa zbudowana jest z włókien tkanki łącznej, w strukturze swej zawiera zakończenia nerwowe, naczynia krwionośne, przydatki (włosy, paznokcie, gruczoły, łojowe, potowe).

Skóra właściwa podzielona jest na warstwę:

- brodawkową, zawierającą liczne drobne naczynia krwionośne,

- siateczkową, która stanowi głębszą warstwę tkanki podskórnej złożonej ze skumulowanego kolagenu.

Podścielisko łącznotkankowe to warstwy włókien:

- kolagenowych – stanowią one podstawę podścieliska łącznotkankowego. Większa część rozsianych włókien kolagenu wraz z włóknami retikulowanymi stanowi strukturę warstwy brodawkowej skóry,

- sprężystych nadających skórze elastyczność i sprężystość. Pod wpływem promieni słonecznych, szczególnie u osób starszych, zbijają się one wraz z włóknami kolagenowymi w zbitą bezpostaciową masę. W procesie starzenia się skóry dochodzi do obniżenia syntezy kolagenu, proteoglikanów oraz zaburzeń angiogenezy. Skutkiem tych procesów jest zwiększenie tworzenia się zmarszczek i bruzd.

Tkanka podskórna to przede wszystkim zraziki tkanki tłuszczowej, przepłatające się w strukturach z tkanką łączną włóknistą, w którą wbudowane są gruczoły potowe, naczynia krwionośne oraz włókna nerwowe.

Gruczoły łojowe należą do gruczołów holokrynowych, w których to proces wytwarzania łoju jest ściśle związany z degradacją komórek wydzielniczych, następnie odtwarzanych przez warstwę rozrodczą. Gruczoły łojowe występują w bliskim otoczeniu włosów między mieszkciem a mięśniem przywłosowym. Skurcz mięśni przywłosnych powoduje uwalnianie łoju, który pełni rolę ochronną dla skóry przed czynnikami chemicznymi, bakteryjnymi, mechanicznymi. Intensywność wydzielania łoju podlega wpływom hormonalnym. W okresie noworodkowym jest bardziej intensywna, zaś w wieku 5 lat ulega znacznemu zmniejszeniu, uaktywniając się w okresie pokwitania. W wieku 40 lat u kobiet jest wyraźnie widoczna, zaś w wieku około 60 lat zmniejsza się. Zauważono, że występuje korelacja między częstotliwością usuwania łoju z powierzchni skóry a nasileniem jego produkcji.

Gruczoły potowe zbudowane są z dwóch części:

- gruczołów ekrynowych, które składają się z części wydzielniczej, przewodu wyprowadzającego i ujścia, a zlokalizowane są na całej skórze,

- gruczołów apokrynowych, występujących głównie w towarzystwie mieszków włosowych, w okolicach pachowych, płciowych, brodawek sutkowych, odbytu, powiek.

Włosy zbudowane są z części nabłonkowej mieszka włosowego, tzw. macierzy – powstającej w wyniku rogowacenia łodygi włosa. Pochewka tworzona jest przez część nabłonkową przechodzącą do powierzchni skóry.

Brodawka włosa zbudowana jest z części łącznotkankowej, zaopatrzonej w nerwy i naczynia krwionośne i związana jest ściśle z macierzą. Zniszczenie tej części włosa jest nieodwracalne, zaś uszkodzenie części nabłonkowej ulega odnowie. Melanocyty, znajdujące się powyżej brodawki w części nabłonkowej, mają wpływ na kolor włosów.

Okresy wzrostu włosa to:

- anagen, który dotyczy szczególnie owłosionej skóry głowy i trwa od 3 do 6 lat. Wykształca się w tym okresie opuszka, czyli dolna część mieszka włosowego, zawierająca w swych strukturach macierz włosa,

- katagen – jest to okres przejściowy mieszka włosowego, wyprzedzający fazę spoczynku. Okres ten trwa od kilku dni do 2 tygodni,

- telogen, czyli stan spoczynku, trwający od 2 do 4 miesięcy. W okresie tym zrogowaciały korzeń włosa usytuowany jest bliżej powierzchni, tworząc tzw. kolbę.

Rozróżnia się włosy znajdujące się na owłosionej skórze głowy, włosy łonowe, pachowe, brwi, rzęsy, meszek. Długość, kolor i wzrost włosów należą do cech osobniczych, zależnych od czynników hormonalnych i genetycznych.

Paznokcie są wytworem nabłonkowym, tworzącym zrogowaciałą płytkę pokrywającą dystalne części paliczek dłoni i stóp, w skład których wchodzi:

- macierz paznokcia – matrxix,
- otaczająca skórka – peronychium,
- obrąbek naskórkowy – eponychium,
- dystalna, wolna część płytki połączona jest z łożyskiem przez hyponychium,
- zbielenie w kształcie półksiężyca – lanula.

Kształt i grubość płytek paznokciowych jest cechą indywidualną. Zmiany ich wyglądu w niektórych jednostkach chorobowych, nie tylko dotyczących chorób skóry, obejmują różnice w kształcie, grubości płytki paznokciowej oraz skóry otaczającej paznokcieć.

Łuszczyca

Łuszczyca – *psoriasis* – jest nawrotową przewlekłą chorobą skóry o podłożu autoimmunologicznym. Pierwotną zmianą charakteryzującą łuszczycę jest płasko-wyniosła powiększająca się grudka zapalna o zabarwieniu czerwono-brunatnym. Powierzchnia grudki pokrywa się srebrzystą drobną łuską, która po usunięciu mechanicznym łatwo się separuje, pozostawiając błyszczącą powierzchnię; jest to tzw. objaw świecy stearynowej.

Podrażnianie mechaniczne naskórka powoduje punktowe krwawienie, czyli objaw Auspitz. Charakterystycznym objawem, pojawiającym się w aktywnej fazie łuszczycy, jest objaw Koebnera. Występuje po 9–14 dniach od mechanicznego podrażnienia naskórka w liniowym układzie pojawienia się grudek wykwitów.

Wykwity łuszczycy umiejscawiają się na łokciach, kolanach, owłosionej skórze głowy i przechodzą na gładką skórę

czoła, karku, za uszy oraz okolice łędziwo-krzyżową, rzadziej w miejsca zgięciowe kończyn. Charakterystycznym objawem łuszczycy są paznokcie naparstkowate, z punkcikowatymi wgłobieniami, oraz podpaznokciowe rogowacenie unoszące płytkę paznokciową ku górze. Umieszczenie się grudki łuszczycowej pod płytką paznokci powoduje jej zażółcenie i przeświecanie łuski na powierzchni płytki.

Wyróżnia się łuszczycę ze względów morfologicznych wykwitów i objawów klinicznych: łuszczycę zwykłą, łuszczycę punkcikowatą, łuszczycę kropelkową, łuszczycę monetarną, festonową, łuszczycę geograficzną, łuszczycę odwróconą, łuszczycę brudźcową, łuszczycę plackowatą.

Obok typowych zmian wyróżnić należy odmiany rzadkie, nietypowe, takie jak: łuszczyca stawowa, łuszczyca krostkowa, erytrodemia łuszczykowa.

Łuszczyca występuje w dwóch postaciach:

- I – to postać młodzieńcza, której pierwsze objawy pojawiają się w wieku 20–40 lat, a przebieg choroby jest często trudny i oporny na leczenie; ma ona związek z antygenami HLA-CW6, DR7.

- II – to postać występująca u osób dorosłych, najczęściej w wieku 50–60 lat, zaś przebieg choroby jest łagodniejszy niż w postaci młodzieńczej. Objawia się złuszczającymi grudkowymi zmianami skóry głowy, okolicy krzyżowej oraz wyprostnych części kończyn. Mająca powiązanie z występowaniem antygenów HLA-CW2, B27.

Na rozwój łuszczycy składają się czynniki genetyczne oraz środowiskowe – uaktywniające proces chorobowy.

Wśród czynników środowiskowych, mogących mieć wpływ na rozwój łuszczycy, należy wyróżnić: stres psychiczny, urazy, infekcje, zmiany hormonalne, niektóre leki, alkohol, palenie papierosów.

Dużą rolę w powstawaniu zmian łuszczykowych przypisuje się mechanizmom immunologicznym, szczególnie limfocytom T; zwłaszcza Th1 uczestniczą w odpowiedzi typu komórkowego. Wytwarzają one cytokiny prozapalne, takie jak: interleukina 2 (IL2), interleukina 3 (IL3), interleukina 12 (IL12), czynnik martwicy guza α, β (TNF- α i - β) oraz interferony (INF- γ). W patogenezie łuszczycy udział limfocytów T jest bezsporny – są one zdolne do zabijania komórek docelowych. Limfocyty Th2 wspomagają odpowiedź humoralną poprzez wytwarzanie interleukiny IL4, IL5, IL10, IL12. Dowiedziono, że w patogenezie wielu chorób, takich jak: łuszczyca, zapalenie stawów, choroba Leśniowskiego-Crohna, istotną rolę odgrywa interleukina IL17.

Epidemiologia łuszczycy

Łuszczyca budzi zainteresowanie lekarzy od dwóch stuleci. Wyniki badań dowodzą, że choroba ta dotyczy obu płci. Przyczyna choroby nie jest do końca poznana, przypisuje się jej dużą zależność od czynników genetycznych, środowiskowych oraz stylu życia. Najczęściej, bo w około 85 proc. przypadków, choroba rozpoczyna się przed 30. rokiem

życia. Łuszczyca dotyczy najczęściej osób należących do rasy kaukaskiej (około 2 proc. populacji tej rasy), rzadziej osób pochodzenia orientального, a zupełnie sporadycznie (według badań przeprowadzanych w Stanach Zjednoczonych) u osób rasy czarnej i wynosi < 0,3 proc. Najczęstszą postacią łuszczycy występującej u około 90 proc. chorych jest łuszczyca plackowata.

W Północnej Europie częstotliwość występowania łuszczykowego zapalenia stawów (ŁZS) – jest większa niż w Europie Południowej, co ma ścisły związek z częstotliwością zachorowania na łuszczycę. Łuszczykowe zapalenie stawów występuje u pacjentów z łuszczycą w przedziale od 6 proc. do 42 proc.

Etiopatogeneza łuszczycy

Łuszczyca definiowana jest jako przewlekła dermatozą z charakterystyczną proliferacją naskórka o przebiegu nawrotnym. Etiopatogeneza tej choroby jest bardzo złożona i nie do końca poznana. W patogenezie podkreśla się znaczenie cytokin prozapalnych. Znaczący wpływ wśród czynników warunkujących powstanie choroby przypisuje się uwarunkowaniom środowiskowym, urazom, stresowi, nadużywaniu alkoholu, stosowaniu niektórych leków, infekcjom, szczególnie paciorkowcom, hipokalcemii, silnemu nasłonecznieniu. Przede wszystkim łuszczyca jest jednak chorobą uwarunkowaną genetycznie w dziedziczeniu wielogenowym.

Opisywano w literaturze przedmiotu badania bliźniąt jednojajowych. Gdy jedno z nich choruje na łuszczycę, to prawdopodobieństwo zachorowania drugiego z bliźniąt wynosi 70–80 proc. W wypadku bliźniąt dwujajowych prawdopodobieństwo zachorowania wynosi 15–20 proc. Należy podkreślić, że jeśli jedno z rodziców jest chore na łuszczycę – prawdopodobieństwo wystąpienia tej choroby u dziecka wynosi 25 proc., zaś w przypadku choroby obojga rodziców – wystąpienie u dziecka łuszczycy – wzrasta do 60 proc.

Patomechanizm choroby polega na ośmiokrotnym przyspieszeniu cyklu komórkowego, co powoduje skrócenie wędrowki komórek z warstwy podstawnej do warstwy rogowej w czasie 3–4 dni. U zdrowego człowieka czas ten wynosi około 28 dni.

Klasyfikacja i objawy łuszczycy

Kliniczne odmiany łuszczycy:

Odmiana wysiękowa charakteryzuje się umiejscowieniem w okolicach fałdów pachowych, pachwinowych, w okolicach narządów płciowych. Często jest jednym z objawów towarzyszących łuszczyce stawowej. W przypadku utworzenia się uwarstwienia i strupa należy kwalifikować ją do odmiany brudźcowej.

Odmiana krostkowa kwalifikowana jest do najcięższych postaci łuszczycy. W fazie zaostrzenia, która może być wywo-

łana zakażeniami lub lekami, najczęściej występuje wysoka temperatura ciała. Powstające krostkowe wykwity zlewają się a następnie ulegają spelnianiu – jest to objaw Nikolskiego. Dynamika objawów predysponuje do toksycznej nekrolizy naskórka – objawu Lyella. Najgroźniejszym, ale rzadko występującym powikłaniem, jest amyloidoza z zajęciem nerek, a w rezultacie zejściem śmiertelnym.

Odmianę krostkową dłoni i stóp charakteryzują ogniska z krostkowymi wykwitami na złuszczającym rumieniowym podłożu. Zmiany te często towarzyszą ogniskom łuszczycowym zlokalizowanym w innej części ciała. Zmiany łuszczycowe mają tendencję do przechodzenia na boczne części stóp.

Łuszczycza plackowata, pospolita lub zwykła, jest to najczęściej występująca postać i dotyczy około 85 proc. wszystkich przypadków łuszczycy. Najczęściej chorują dorośli młode osoby. Charakteryzuje się zmianami zlokalizowanymi na skórze gładkiej pod postacią żywoczerwonych ognisk zapalnych okrągłego lub owalnego kształtu, które mogą przybrać postać zlewną. Zmiany mogą pojawiać się symetrycznie, z zajęciem prostowników kończyn górnych i dolnych. Znaczne przyspieszenie rogowacenia powoduje pokrycie chorobowo zmienionej skóry grubą warstwą srebrzystej łuski. Charakteryzuje ją objaw Koebnera. U pacjentów z łuszczycą zwyczajną często odnotowuje się charakterystyczne objawy łuszczycowego zapalenia stawów – ŁZS, takie jak obrzęki i zaczerwienienie stawów, ból i tkliwość więzadeł i stawów oraz zwiększone ucieplenie skóry, co w efekcie doprowadza do deformacji stawów. W badaniu radiologicznym stwierdza się uszkodzenie powierzchni stawowej, destrukcyjne zmiany w okostnej, zwężenie szpary stawowej z charakterystyczną deformacją dystalnych kości kończyn w kształcie „ołówka”.

Łuszczycza kroplista to drobne grudki wielkości łebka szpilki. Zaostrzenie wysiewu związane jest z przebytym zakażeniem paciorkowcowym lub inną infekcją.

Łuszczycza zastarzała występują pogrubiałe zmiany pokryte srebrzystobiałą łuską o hiperkeratotycznej powierzchni. Zmiany te utrzymują się przez kilka miesięcy, a nawet lat.

Łuszczycza stawowa w większości pojawia się około 40 roku życia. Stosunek zachorowania kobiet do mężczyzn wynosi jak 1 do 1,29. Ocenia się, że ta odmiana łuszczycy dotyczy od 0,02 proc. do 0,1 proc. populacji. Jest to postać, która najczęściej doprowadza do inwalidztwa.

W łuszczycy tej wyróżnia się trzy postacie:

- postać dystalna – gdy zajęte są stawy międzypaliczkowe, najczęściej niesymetryczne, palców rąk i stóp; częściej dotyczy ona mężczyzn;
- postać zniekształcająca – chorobowo zajęte są liczne stawy oraz kręgosłup; występuje u kobiet i mężczyzn;
- postać reumatoidalnego zapalenia stawów – o trudno wykrywalnym czynnikiem reumatoidalnym; choroba ta powoduje zniszczenie stawów, z asymetrią zmian stawowych, oraz zniekształcające zapalenie stawów kręgosłupa: spondyloartrozis. Występuje częściej u kobiet.

Łuszczycza a choroby narządów wewnętrznych

W 1961 r. w „Archives of Dermatology” pojawił się po raz pierwszy artykuł W. B. Reed i wsp., dotyczący występowania korelacji między łuszczycą a chorobą wieńcową oraz częstotliwością występowania zawału mięśnia sercowego. Kolejne lata umożliwiły obserwację zależności między łuszczycą a chorobą wieńcową w kontekście etiologii, czynników ryzyka oraz przebiegu obu tych jednostek chorobowych. Kamieniem milowym w wyjaśnieniu tej zależności okazały się badania immunologiczne, które opublikowane były przez J. M. Gelfanda i wsp., którzy wykazali, że łuszczycza jest niezależnym czynnikiem ryzyka ostrych zespołów wieńcowych (ozw).

Dane z literatury przedmiotu wskazują, że łuszczycza i choroby układu sercowo-naczyniowego mają wspólne cechy etiopatogenetyczne, w których to niemałą rolę odgrywają cytokiny prozapalne TNF α , IL-1, IL-6, IL-8, IL-12. Wykazano również, iż choroby mediowane przez limfocyty Th1 są ściśle związane z zawałem mięśnia sercowego. Zwrócono uwagę na zachodzącą zależność łuszczycy i zespołu metabolicznego – tzw. X, a co za tym idzie – predyspozycji pacjentów do zwiększonego ryzyka choroby niedokrwiennej serca oraz zawału mięśnia sercowego.

Autorzy zauważyli zależność między otyłością, hipercholesterolemią, nadciśnieniem tętniczym oraz cukrzycą u osób chorych na łuszczycę. Dostrzeżono negatywny wpływ łuszczycy na naczyniopochodne choroby, m.in., takie jak: udar niedokrwienno mózgu, zakrzepowe zapalenie żył.

Mediatory stanu zapalnego, występujące w łuszczycy, odgrywają istotną rolę we wszystkich etapach rozwoju zapalenia w naczyniach krwionośnych, prowokując do dysfunkcji śródbłonna, predysponując do dynamicznego rozwoju blaszki miażdżycowej, doprowadzając do zmian immunologicznych i metabolicznych. Nieprawidłowy styl życia, czyli niewłaściwy sposób odżywiania, alkohol, nikotyna, stres psychiczny mogą prowokować do nasilenia procesów zapalnych, przez co pogarszać przebieg kliniczny łuszczycy oraz chorób współistniejących.

Dowiedziano, że u osób chorych na łuszczycę częściej obserwuje się zapalne choroby jelit, głównie chorobę Leśniowskiego-Crohna. Ponadto wykazano, że jedna z form terapii zalecanej pacjentom w łuszczycy, a jest nią naświetlanie PUVA, bardziej predysponuje do występowania nieczerniakowych raków skóry.

Wykaz literatury u Autorki.

mgr Beata Gras
specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego
Przewodnicząca Komisji Pielęgniarek Dermatologicznych
przy OIPIP w Łodzi

Bardzo serdeczne podziękowania dla całego personelu lekarzy i pielęgniarek Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii MCM im. dr. K. Jonschera – Szpital im. H. Jordana (ul. Przyrodnicza 7/9) za okazaną pomoc w ratowaniu mojego zdrowia. Podziękowania chciałem złożyć na ręce Pani Oddziałowej **Grażyny Trzonek** za tak wykwalifikowany zespół pielęgniarek, a w szczególności pani **Annie Miśkiewicz** – jest osobą z powołania.

Dziękuję bardzo za opiekę lekarską Pani Ordynator Monice Rynkowskiej-Kidawie oraz lekarzowi Panu dr Zdzisławowi Chichockiemu.

Jeszcze raz bardzo dziękuję za opiekę i życzę wszystkim pracownikom tego oddziału dużo zdrowia i wytrwałości.

z poważaniem
Mariusz Bielański

Składam serdeczne podziękowania dla całego personelu Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii MCM im. dr. K. Jonschera – Szpital im. H. Jordana (ul. Przyrodnicza 7/9), a w szczególności Pani Ordynator Monice Rynkowskiej-Kidawie, lekarzowi prowadzącemu Zdzisławowi Chichockiemu oraz Pani Oddziałowej Grażynie Trzonek i wszystkim pielęgniarkom.

Byłam pełna podziwu, z jaką troską i życzliwością pani pielęgniarki opiekują się starszymi ludźmi, nigdy nie szczędząc im słów otuchy i zawsze obdarowując uśmiechem.

To cudowne, że są takie pielęgniarki.

Jadwiga Chruścicka

Dziękuję lekarzom, pielęgniarkom i całemu personelowi Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii MCM im. dr. K. Jonschera – Szpital im. H. Jordana (ul. Przyrodnicza 7/9) za okazane serce, ciepłe słowa, troskliwą opiekę. Personel tego oddziału tworzy wspaniałą domową atmosferę i może być w pełni wzorem dla innych.

Andrzej Chruścicki

Bardzo serdeczne podziękowania dla całego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii MCM im. dr. K. Jonschera – Szpital im. H. Jordana (ul. Przyrodnicza 7/9) za profesjonalizm, perfekcyjną opiekę, ogromne wsparcie, ale przede wszystkim za ciepło i cudowne traktowanie.

Czesława Budziarek

Pragnę złożyć podziękowanie Naczelniej Pielęgniarce – mgr Bernardzie Prus-Dobras – wraz z zespołem lekarsko-pielęgniarskim Oddziału Neurologii i Intensywnej Terapii Szpitala im. K. Jonschera za troskliwą i profesjonalną opiekę, którą obdarzyli moją Koleżankę Barbarę Stanisławską w ostatnich chwilach życia.

Elżbieta Mioduszevska wraz z rodziną Stanisławskich



Komunikat

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Oddział w Łodzi wraz z Komisją Kształcenia Promocji i Rozwoju Zawodu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zapraszają na Konferencję Naukowo-Szkoleniową



„Zmieniamy pielęgniarstwo – kontrowersje i wyzwania”

Data: 13 kwietnia 2018 r.

Miejsce: OIPiP w Łodzi, ul. Emilii Plater 34

Czas trwania konferencji: 9.30–14.15

Wstępny program:

9.30–10.00

Co zrobić, aby badania fizykalne uatrakcyjnić w praktyce?

dr hab. Ewa Borowiak prof. UM w Łodzi

10.00–10.30

Kierunek XIX wiek

dr Dorota Kilańska, PTP Oddział w Łodzi, ENRF

10.30–11.00

Koordinacja i współpraca w opiece nad pacjentem XXI wiek

mgr Edyta Ziemkiewicz, Centrum Rehabilitacyjno-Opiekuńcze, DPS dla Przewlekłe Somatycznie Chorych w Łodzi

11.00–11.30

Ile potrzebujemy pielęgniarek

dr Beata Wieczorek-Wójcik, Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie

11.30–12.00

Rodzice nie chcą szczepić – jak sobie radzić w praktyce

mgr Agnieszka Drażkiewicz, Poradnia Szczepień Ochronnych dla Dzieci i Grup Wysokiego Ryzyka

Ośrodek Pediatryczny im. dr J. Korczaka w Łodzi

Przerwa kawowa: 45 min.

12.45–13.15

Ordynacja leków – czy warto...

PTP ZO w Łodzi, Okręgowa Izba Aptekarska w Łodzi

13.15–13.45

Zdarzenia niepożądane w praktyce pielęgniarstwa

mgr Sylwia Czajka, adwokat ORZOZ OIPiP w Łodzi

13.45–14.15

Emigranci w praktyce pielęgniarstwa – wyzwania

dr Krystyna Frydrysiak, UM w Łodzi

14.15–15.30

Zakończenie konferencji, podsumowanie, poczęstunek

Zgłoszenia należy przesyłać drogą elektroniczną poprzez Formularz dostępny na stronie
<https://goo.gl/forms/sOfHbRAvOF7h5wfez>

Zgłoszenia przyjmujemy do 30 marca 2018 r.

Planowana liczba uczestników: 100. Decyduje kolejność zgłoszeń

Plan posiedzeń i spotkań w 2018 roku miejsce: OIPiP w Łodzi, ul. Emilii Plater 34

Nazwa organu, komisji	Godz.	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień
ORPiP (wtorki)	09.30		6		24		5			4		6	11
Prezydium ORPiP (środy)	13.00	10	21	21	17	23	27	25	22	26	24	28	18
Pełnomocnicy (środa i czwartki)	11:30		8		26		6			6		8	11
Kadra Kierownicza (środy)	12:00		7		25		6			5		7	11
Komisja Socjalna	14.30	3	14	14	11	16	20	–	–	19	17	21	11
Komisja Pielęgniarek Rodzinnych (3 wtorki m-ca)	14.00	16	21	20	17	15	19	–	–	18	16	20	11
Komisja Pielęgniarek Epidemiologicznych (ostatnie czwartki m-ca)	12.00	25	22	22	–	24	28	–	–	27	25	26	11
Komisja Medycyny Szkolnej (3 wtorki m-ca)	13.30	–	20	20	17	–	19	–	–	18	16	20	11
Komisja Pielęgniarek Operacyjnych (ostatnie czwartki m-ca)	15.30	25	22	22	26	24	21	–	–	27	25	29	11
Komisja Położnych (ostatnie wtorki m-ca)	15.00	30	27	27	24	29	26	–	–	25	30	27	11
Komisja Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodu (1 czwartki m-ca)	15.30	–	7	–	4	–	6	–	–	5	–	7	11
Komisja Opieki Paliatywno-Hospicyjnej (1 czwartki m-ca 1 raz na kw.)	14.30	–	–	1	–	–	7	–	–	6	–	8	11
Komisja Opieki Długoterminowej	13.00	10	–	14	12	–	13	–	–	19	–	14	11
Komisja Prawa i Legislacji (wg potrzeb)	15.00	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	11
Komisja Pielęgniarek Nefrologicznych (środy)	16.00	3	13	–	4	–	6	–	–	5	–	7	11
Komisja Pielęgniarek Dermatologicznych (wtorki)	16.00	16	–	13	–	15	–	–	–	18	–	13	11
Koło Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych (2 poniedziałki m-ca)	11.00	8	12	12	9	14	11	–	–	10	8	12	11
Polskie Towarzystwo Pielęgniarek	16.00	–	7	–	4	–	6	–	–	5	–	7	–
Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych	16.00	–	–	9	–	–	8	–	–	7	–	–	7

2018

Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
w Łodzi
ul. Emilii Plater 34
91-762 Łódź
e-mail: biuro@oipp.lodz.pl
www.oipp.lodz.pl

Sekretariat • 42 633 69 63
Rejestr • 42 633 32 13
Kształcenie • 42 639 92 62
Biuletyn • 42 633 69 63 w. 10
Biblioteka • 42 633 92 98
Dział Socjalny 42 • 633 23 94
Mecenas • 42 633 71 06
Kasa • 42 639 92 76

Styczeń 21 dni • 159,15 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Luty 20 dni • 151,40 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28				



Marzec 22 dni • 166,50 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Kwiecień 20 dni • 151,40 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

Maj 20 dni • 151,40 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	1	2	3	4	5	6
7		9	10	11		13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Czerwiec 21 dni • 159,15 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Lipiec 22 dni • 166,50 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Sierpień 22 dni • 166,50 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Wrzesień 20 dni • 151,40 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Październik 23 dni • 174,25 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Listopad 21 dni • 159,15 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Grudzień 19 dni • 144,05 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						