

ISSN 1640-7679

# Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

3/2018



Trzecia  
niedziela marca  
  
Światowy Dzień  
Inwalidów i Osób  
Niepełnosprawnych

Informacja o składkach  
członkowskich

4

Jakość życia chorych na  
łuszczycę poddanych terapii  
lekami biologicznymi

10

Komunikaty  
o konferencjach

16

Rzecznik ds Seniorów  
przy Urzędzie  
Miasta Łodzi

20





*Szanowni Państwo  
Koleżanki i Koleżki*

Od 9 stycznia 2018 r. mamy nowego Ministra Zdrowia. Został nim Pan prof. Łukasz Szumowski, kardiolog z Anina, który od listopada 2016 roku pełnił również funkcję podsekretarza stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Minister Zdrowia spotkał się z przedstawicielami Samorządu Zawodowego oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Rozmawiano, jak wynika z komunikatu prasowego, na tematy dotyczące aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia, w szczególności warunków wykonywania zawodu przez środowiska pielęgniarek i położnych oraz braku zastępowalności w tych zawodach.

Polskie pielęgniarki i położne, cechując się wysokim poziomem profesjonalizmu, w sposób odpowiedzialny wypełniają zawodową rolę. Ich wykształcenie oraz samodzielność zawodowa przekładają się na wysoki poziom świadczonych usług, bardzo dobrze ocenianych przez pacjentów. Jest jednak wiele czynników utrudniających należyte wykonywanie zadań zawodowych, chociażby niestabilna sytuacja ekonomiczna, niewłaściwa organizacja systemu opieki zdrowotnej czy też zmniejszająca się liczba pielęgniarek i położnych

Samorząd zawodowy od miesięcy zabiega o mądry dialog w sprawie kształcenia pielęgniarek i położnych oraz dobrą ofertę pracy dla absolwentek tych kierunków, aby zatrzymać ich w kraju i zachęcić do pracy.

Toczą się spotkania uzgodnieniowe, debaty, konferencje, podczas których omawia się obecną kondycję oraz przyszłość pielęgniarstwa. Strategia rozwoju polskiego pielęgniarstwa i położnictwa została ujęta w oficjalnym dokumencie, udostępnionym na stronie internetowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Miejmy nadzieję, że podejmowane inicjatywy przez Ministra Zdrowia wpłyną pozytywnie na obecną sytuację pielęgniarek i położnych.

Przed nami Święta Wielkanocne. To czas bardzo ważny dla Nas Wszystkich. Życzę, aby Zmartwychwstały Chrystus wypełnił radością, miłością i chęcią bycia blisko drugiego człowieka, który odczuwając dobro odda go zapewne z podwójną mocą. Życzę odpoczynku, słońca i spełnienia w gronie najbliższym. A wszystkim przedstawicielom naszych zawodów dyżurującym podczas tych dni, radości z niesienia pomocy naszym pacjentom.

Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
*Agnieszka Kałużna*  
Agnieszka Kałużna

#### 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 wtorek miesiąca  
w godz. 13.00–15.00  
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 6

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 16

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 20

PODZIĘKOWANIA 23

POŻEGNANIA 24

### Komunikat

**Biuro OIPIP w Łodzi  
w dniu 30 marca 2018 r.  
będzie nieczynne.**

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: © kritiya – okładka, © 2Ban – s. 10,  
© olly18 – s. 21, 22

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

**XVI posiedzenie ORPiP  
w dniu 6 lutego 2018 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiej i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiej OIPiP w Łodzi – 13 pielęgniarek i 2 pielęgniarskiej.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 3 położne.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę/pielęgniarską do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiej OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek.
- ▶ Wpisano położne do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 7 pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono położne z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu położnej – 1 położnej.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 5 praktyk pielęgniarek, 2 praktyki pielęgniarskiej i 1 praktykę położnej wykonywanych w podmiotach leczniczych.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą położnej OIPiP w Łodzi – 1 praktyki położnej w zakresie miejsca wykonywania praktyk.
- ▶ 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 1 szkolenia specjalistycznego, 1 kursu kwalifikacyjnego i 2 kursów specjalistycznych (wnioski złożone w SMK) oraz wpisu zmiany danych: 1 kursu specjalistycznego i 1 szkolenia specjalistycznego, zgodnie z wnioskami 3 organizatorów.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej, zgodnie z Programem 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 i 1 położną,
  - wyrażono zgodę na przeszkolenie w ramach etatu – 1 pielęgniarskiej,
  - wydano zaświadczenia o odbyciu przeszkolenia – 2 pielęgniarkom i 1 położnej.

- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w:
  - szkoleniach specjalistycznych – 21 osobom,
  - kursach kwalifikacyjnych – 2 osobom,
  - kursie specjalistycznym – 1 osobie.
- ▶ Odmówiono 8 osobom przyznania dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek, udziału w 4 szkoleniach specjalistycznych, i 1 kursie specjalistycznym, zgodnie z regulaminem – 3 wnioski złożone po upływie nieprzekraczalnego terminu 60 dni od zakończenia szkolenia, 2 wnioski dotyczyły kursu, który był organizowany przez OIPiP w danym roku kalendarzowym oraz 3 wnioski niekompletne – brak przedłożonych załączników np. oryginalnych faktur, rachunków, biletów świadczących o poniesionych kosztach udziału, dojazdu lub zakwaterowania.
- ▶ Rozpatrzono 10 odwołań od decyzji odmowy przyznania dofinansowania udziału w szkoleniach specjalistycznych – zgodnie z obowiązującym regulaminem: 4 odmowy utrzymano w mocy oraz 6 osobom uwzględniono uzupełnienie wniosku i przyznano zwrot kosztów dojazdu.
- ▶ Zatwierdzono:
  - zwołanie i koszty organizacyjne XXXV OZPiP w Łodzi w dniu 15 marca 2018 r.;
  - organizację corocznej akcji promocyjno-edukacyjnej „Dnia z Pielęgniarką i Położną” w Manufakturze w Łodzi w dniu 12 maja 2018 r.;
  - udział przedstawicieli OIPiP w Łodzi w uroczystości beatyfikacji służebnicy Bożej Hanny Chrzanowskiej w dniu 28 kwietnia 2018 r. w sanktuarium Bożego Miłosierdzia w Krakowie – Łagiewnikach;
  - objęcie patronatem honorowym OIPiP w Łodzi:
    - Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Postępy w naukach o zdrowiu” połączona z I Zjazdem Absolwentów Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w Centrum Kliniczno-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Pomorska 251 w dniu 21 kwietnia 2018 r.
    - 111 Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Drugie życie pacjenta z perspektywy pielęgniarki operacyjnej” w Łodzi w dniu 16 marca 2018 r. organizowanej przez Komisję Pielęgniarek Operacyjnych OIPiP w Łodzi;
  - plany pracy komisji problemowych OIPiP w Łodzi na rok 2018;
  - zmiany w składach osobowych komisji problemowych OIPiP w Łodzi: Komisji Pielęgniarek Epidemiologicznych, Komisji Położnych, Komisji Pielęgniarek Dermatologicznych oraz wykreślono działalność Komisji Prawa i Legislacji i jej skład osobowy;
  - wykreślenie zastępcy pełnomocnika ORPiP w rejonie wyborczym nr 39 – zmiana miejsca zatrudnienia;

- zmianę w planie szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w 2018 roku: dodanie do realizacji 10 edycji kursów specjalistycznych w zakładach 1 edycji szkolenia specjalistycznego Pielęgniarskiego ratunkowego w OIPiP;
- wprowadzenie zmian w Polityce rachunkowości OIPiP, zgodnie ze zmianami wprowadzonymi do przepisów o rachunkowości;
- kadre dydaktyczną dla 3 szkoleń specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi oraz 1 ze środków publicznych zgodnie z zawartą umową z Ministrem Zdrowia, realizowanych w OIPiP w Łodzi i 6 kursów specjalistycznych, realizowanych z budżetu OIPiP;
- składy osobowe 1 komisji kwalifikacyjnej i 4 komisji egzaminacyjnych dla 4 kursów specjalistycznych realizowanych w zakładach i 1 kursu kwalifikacyjnego realizowanego w OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do 9 komisji egzaminacyjnej – 2 kursów kwalifikacyjnych i 7 kursów specjalistycznych u 4 organizatorów kształcenia.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych – 1 naczelną pielęgniarkę, 1 pielęgniarkę oddziałową, 1 zastępcę dyrektora ds. lecznictwa i 1 ordynatora oddziału.

**XXIX posiedzenie Prezydium ORPiP  
w dniu 21 lutego 2018 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek, 1 praktykę pielęgniarską i 1 praktykę położnej wykonywanych w podmiotach leczniczych.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarskiej w zakresie miejsca wykonywania praktyk.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarskiej, zgodnie z wnioskami.
- ▶ Dokonano wpisu zmiany danych w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi, w zakresie 1 kursu specjalistycznego, zgodnie z wnioskiem organizatora.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej, zgodnie z Programem 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:

- wydano zaświadczenia o odbyciu przeszkolenia – 2 pielęgniarkom i 1 położnej.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi zapomogi losowe w wysokości: 2 × 2500 zł, 3 × 2000 zł i 1 × 1500 zł.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w:
  - szkoleniu specjalistycznym – 1 osobie;
  - kursie kwalifikacyjnym – 1 osobie;
  - kursie specjalistycznym – 4 osobom.
- ▶ Odmówiono 4 osobom przyznania dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek, udziału w 1 szkoleniu specjalistycznym i 1 kursie specjalistycznym, zgodnie z regulaminem – 1 wniosek złożony po upływie nieprzekraczalnego terminu 60 dni od zakończenia szkolenia i 3 wnioski dotyczyły kursu, który był organizowany przez OIPiP w danym roku kalendarzowym.
- ▶ Zatwierdzono:
  - kadre dydaktyczną dla 3 szkoleń specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi oraz ze środków publicznych zgodnie z zawartą umową z Ministrem Zdrowia, realizowanych w OIPiP w Łodzi, 1 kursu kwalifikacyjnego i 6 kursów specjalistycznych, realizowanych z budżetu OIPiP;
  - składy osobowe 1 komisji kwalifikacyjnej i 4 komisji egzaminacyjnych dla 4 kursów specjalistycznych realizowanych w zakładach i 1 kursu kwalifikacyjnego realizowanego w OIPiP w Łodzi;
  - sfinansowanie udziału przedstawicielom organu Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w szkoleniu „Wybrane prawne aspekty postępowania z tytułu odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki i położnej” i Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Łodzi w konferencji „Tajemnica Medyczna Praktyczne Dylematy Ochrony Danych Pacjentów” w Warszawie;
  - honoraria dla 3 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP nr 2/2018;
  - objęcie patronatem honorowym OIPiP w Łodzi Konferencji Szkoleniowej „Rola pielęgniarki w zespole interdyscyplinarnym” organizowanej przez Tomasza Żebrowskiego – Boehringer Ingelheim Marketing Sp. z o.o. z Warszawy oraz prof. Jerzego Wranicza – Klinika Elektrokardiologii UM w Centrum Kliniczno-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, w dniu 15 marca 2018 r.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do:
  - 9 komisji egzaminacyjnej dla kursów specjalistycznych u 3 organizatorów kształcenia podyplomowego;
  - składu osobowego komisji konkursowej na stanowisko kierownicze w podmiocie leczniczym – zastępcy dyrektora ds. medycznych.

oprac.  
mgr Maria Kowalczyk  
Sekretarz ORPiP



### Informacja o składkach członkowskich

Na podstawie art. 11 ust. 2 pkt 4 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r. nr 174, poz. 1038) członkowie samorządu pielęgniarek i położnych obowiązani są regularnie opłacać składkę członkowską.

Wysokość składki członkowskiej została określona w Uchwale nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 roku w sprawie składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

Członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi mogą dokonywać wpłaty składek członkowskich:

- w kasie OIPIP w Łodzi,
- na rachunek bankowy OIPIP w Łodzi – wpłaty indywidualne lub za pośrednictwem pracodawcy:  
Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, 11 Oddział w Łodzi  
Nr 20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Członkowie Okręgowej Izby w Łodzi regularnie opłacający składkę członkowską są objęci grupowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej wynikającej z wykonywania zawodu, mogą korzystać z pomocy w zakresie kształcenia podyplomowego i pomocy socjalnej.

Składka członkowska dla pielęgniarek i położnych prowadzących indywidualne bądź grupowe praktyki zawodowe w ramach działalności gospodarczej wynosi za okres: **01.01.–31.12.2018 r. – 35,55 zł/miesiąc.**

\* \* \*

**Od 17 stycznia 2018 r. uległy zmianie opłaty za:**

- **wpis i wpis zmiany danych do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych i wynosi – 272 zł.**
- **wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – 91 zł**
- **zmianę wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – 45,50 zł**

### 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 teled adresowe;
- 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 rejestrzem należy zgłaszać się do Działu Rejestr (pok. nr 5). W przypadku wątpliwości prosimy o kontakt telefoniczny – 42 633 32 13.



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, przekażcie 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](http://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**

**Przełącz 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. II

mgr AGATA WĘŻYK

### „Dwa monologi nie czynią dialogu” • Jeff Daly

Fakt, że skuteczna komunikacja z pacjentem to jeden z najważniejszych elementów wpływających na jakość pracy pielęgniarek i położnych nie powinien dla nikogo stanowić zaskoczenia. Choroba, konieczność konsultacji medycznych i pobyt w szpitalu to sytuacje często niezwykle stresujące dla pacjentów. Często wiążą się one z niezbyt przyjemnymi doznaniem, proces leczenia bywa trudny i bolesny. Personel medyczny, który opanował (i wykorzystuje!) umiejętności efektywnej komunikacji może zapewnić lepszą opiekę (choćby dlatego, że uzyskuje więcej informacji na temat stanu pacjenta i jego potrzeb) oraz zwiększyć komfort pacjenta. A to z kolei zmniejsza lęk pacjentów, pomaga im radzić sobie z bólem, zwiększa ich satysfakcję, a także prawdopodobieństwo stosowania się do zaleceń terapeutycznych. W wielu krajach, w tym również w Polsce, prowadzone są różne kursy i warsztaty dla pielęgniarek dotyczące komunikacji i relacji z pacjentami. Badania wykazują, że tego rodzaju inicjatywy są skuteczne, jednak jednocześnie pojawiają się doniesienia o różnorodnych barierach w komunikacji (np. Fleischer i wsp., 2009, Norouzina i wsp.,

2016), a także o tym, że mimo szkoleń pielęgniarki nie stosują nabytych umiejętności w praktyce (McCabe, 2004).

Oczywiście, praca pielęgniarek jest trudna i bardzo obciążająca emocjonalnie. Nic więc dziwnego, że czasem uruchamiamy mechanizmy obronne, bronimy się przed zaangażowaniem, żeby uniknąć nadmiernego cierpienia, chronić własne zdrowie, zadbać o swoje potrzeby. Pewien dystans i umiejętność rozdzielania sfery zawodowej i prywatnej są ze wszech miar pozytywne. Niemniej jednak wykonywanie swoich obowiązków bez zaangażowania, w sposób „zautomatyzowany” i swoista „depersonalizacja” pacjenta (traktowanie go jak kolejnego przypadku, a nie jak świadomego, odczuwającego człowieka) nie pomaga ani chorym, ani – wbrew pozorom – pielęgniarkom.

### Barier w komunikacji

Komunikacja jest procesem interaktywnym dynamicznym i opiera się na sprzężeniu zwrotnym – jedna strona przekazuje pewne informacje, a druga na nie reaguje i w odpowiedzi wysyła określony komunikat (werbalny lub niewerbalny).

### Przykłady barier w komunikacji

Po stronie pacjenta	Po stronie pielęgniarki
<ul style="list-style-type: none"> <li>* nieufność, podejrzliwość, negatywne nastawienie</li> <li>* niepewność, wycofanie, zawstydzenie, lęk</li> <li>* ból, zmęczenie</li> <li>* brak umiejętności komunikacji</li> <li>* wrogość, agresja</li> <li>* zaburzenia słuchu lub mowy, bariera językowa</li> <li>* cechy osobowości (np. małomówność, introwertyzm, nadmierna towarzyskość, tendencje do manipulowania itd.)</li> <li>* stan po spożyciu silnych leków, alkoholu, narkotyków itp.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* brak umiejętności komunikacji lub swoistej wiedzy (np. brak umiejętności aktywnego słuchania lub jasnego wytłumaczenia problemu)</li> <li>* zmęczenie, przeciążenie fizyczne lub psychiczne</li> <li>* stres, wypalenie</li> <li>* negatywne nastawienie, przekonanie i postawa wobec pacjentów, protekcyjność</li> <li>* stosowanie żargonu medycznego</li> <li>* brak pewności siebie</li> <li>* brak czasu, nadmiar obowiązków, niecierpliwość</li> </ul>

Wydaje się to proste i oczywiste, a jednak w wielu punktach mogą nastąpić błędy lub zakłócenia. Na przykład możemy źle sformułować nasze myśli albo użyć gestów, symboli czy słów niezrozumiałych dla odbiorcy. Możemy mówić zbyt cicho, stać za daleko od odbiorcy, przekazać zbyt wiele informacji naraz. Może nam się wydawać, że nasz komunikat był absolutnie jasny i zrozumiały, a mimo to odbiorca (szczególnie pacjent) ze względu na swój stan fizyczny bądź psychiczny może nas źle zrozumieć, nie wyłapać najważniejszych informacji, nie dosłyszeć, co powiedzieliśmy.

Komunikacja, jak każdy proces, odbywa się w pewnym miejscu i wymaga określonej ilości czasu. Dlatego też nieodpowiednie warunki fizyczne, a także czas, a właściwie jego brak, stanowią bardzo poważne przeszkody w skutecznym porozumiewaniu się. Oczywiście, w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia często wszystko przebiega bardzo szybko, konieczne są szybkie decyzje i podjęcie odpowiednich działań. Nie ma wtedy czasu na rozmowy, ale też nikt ich nie oczekuje. Jednak w codziennej pracy pielęgniarek na oddziale czy w przychodni kontakt z pacjentami, np. uzyskanie informacji na temat ich stanu zdrowia, to przecież jedno z najważniejszych zadań. Problem pojawia się w momencie, kiedy personel medyczny ze względu na natłok obowiązków (choćby z powodu niewystarczającej obsady) po prostu nie ma czasu, aby spędzić z pacjentem dłuższą chwilę. Jeśli zaistnieje taka sytuacja, dobrze jest również wyjaśnić, co się dzieje na oddziale. Wbrew pozorom, ludzie potrafią zrozumieć, że pielęgniarki mają określone priorytety (np. chorzy w ciężkim stanie) i mogą być zmęczone – tylko trzeba im o tym powiedzieć. Warto przy tym pamiętać, że utrzymywanie relacji z pacjentami wcale nie musi być bardzo czasochłonne. Czasami wystarczy uśmiech, kilka słów, pogawędka o pogodzie czy proste pytanie o samopoczucie – pacjenci zwykle bardzo to cenią, czują, że nie są anonimowi, zostawieni samym sobie.

Nie mniej istotną rolę w komunikacji odgrywają warunki fizyczne otoczenia, szczególnie hałas oraz możliwość zapewnienia prywatności. Na oddziale czy w przychodni przebywa często wiele osób naraz, ktoś przechodzi, ktoś inny rozmawia przez telefon, włączone są różne sprzęty. To wszystko generuje pewien poziom hałasu. Dla personelu medycznego to codzienność, lekarze i pielęgniarki są do tego przyzwyczajeni, ale dla pacjentów – szczególnie tych starszych czy osób z niedosłuchem lub zaburzeniami neuropsychologicznymi – może to stanowić spory problem. Zawsze dobrze jest się upewnić, czy pacjent na pewno usłyszał i zrozumiał, co do niego mówimy; zdarza się bowiem, że ludzie „udają” że usłyszeli, np. kiwają potakująco głową. Jeśli mamy jakieś wątpliwości, czy pacjent dobrze nas słyszy, należy znaleźć spokojniejszy, cichy kąt, sprawdzić, czy pacjent ma włączony aparat słuchowy, jeśli z niego korzysta itp.

Inną ważną kwestię stanowi prywatność. Z perspektywy lekarza czy pielęgniarki, kontakt z pacjentem jest czysto zawodowy, elementem wykonywanej pracy – chory trafia do szpitala czy przychodni, gdzie należy mu udzielić profesjonalnej pomocy. Wydaje się więc logiczne, że pacjent, dla swojego własnego

dobry, w miarę możliwości udzieli wszystkich istotnych informacji. Czasami jednak zapominamy, jak bardzo ludzie wstydzą się swoich problemów i jak niekomfortowo czują się, gdy muszą rozmawiać o swoich odczuciach i dolegliwościach w obecności osób trzecich (np. innych pacjentów lub ich rodzin na izbie przyjęć czy rejestracji). Oczywiście najlepiej byłoby zapewnić osobne pomieszczenie, ale czasami nawet parawan może stworzyć pewną iluzję prywatności. W obecności innych należy unikać zadawania pytań dotyczących trudnych spraw i wrażliwych danych. Warto też rozważyć pozyskanie informacji w formie pisemnej, pamiętając o tym, że dla niektórych pacjentów wypełnienie formularza i udzielenie odpowiedzi na standardowe, lecz sformalizowane, pytania stanowi przeszkodę nie do pokonania. W wypadku osób przebywających dłuższy czas na oddziale można stosunkowo łatwo zaplanować czas i miejsce przekazania istotnych informacji, aby uniknąć hałasu i zapewnić prywatność.

Kolejną potencjalną barierą w procesie komunikacji jest stan fizyczny i psychiczny zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego. Ból i zmęczenie utrudniają koncentrację, podobnie jak niektóre leki. Pacjenci czasami są pod wpływem środków psychoaktywnych (alkoholu czy narkotyków), co również utrudnia kontaktowanie się z nimi. Jeśli chory cierpi, a musimy pozyskać od niego jakieś istotne informacje, dobrze jest okazać empatyczne zrozumienie, stosując technikę odzwierciedlania: „Rozumiem, że to panią boli, ale proszę mi powiedzieć... To naprawdę bardzo ważne.” Oczywiście ból i zmęczenie nie są zarezerwowane wyłącznie dla pacjentów (choć bardziej prawdopodobne w ich wypadku). Co prawda pielęgniarki przychodząc na swoją zmianę powinny być zdrowe i wypoczęte, jednak praca na oddziale jest niełatwa i pod koniec 12-godzinnego dyżuru (szczególnie przy natłoku zadań i niewystarczającej obsadzie) zmęczenie może stać się nieuniknione. Miejmy to na uwadze, kiedy dochodzi do rozmowy z pacjentem. Pokonanie tej bariery wymaga rozwiązań systemowych (dotyczących czasu pracy, podziału obowiązków, liczby zatrudnionych itd.), ale też pamiętajmy o tym, by po prostu zadbać o siebie i swoje zdrowie, odpocząć po pracy, budować odporność.

Zdarza się, że pacjenci odczuwają stres, zażenowanie bądź niepokój, które negatywnie wpływają na proces komunikacji. W większości przypadków pielęgniarka jest dla pacjenta osobą obcą, a rozmowa na temat swoich odczuć i dolegliwości z kimś nieznanym może powodować dyskomfort. Różnego rodzaju badania wymagają przynajmniej częściowego rozebrania się, co może powodować zawstydzenie. Co więcej, leżenie w szpitalnym łóżku, bez siły i energii wcale nie poprawia nastroju. Dla niektórych słabość, brak kontroli, pozostawanie w absolutnej zależności od innych (w tym wypadku personelu medycznego) jest również powodem wstydu. Pamiętajmy także, że dla pacjentów pobyt na oddziale to często sytuacja nowa, nieznaną otoczenie i ludzie, niepewność co do własnej przyszłości, przebiegu i skutków leczenia. To wszystko może wzbudzać silny niepokój. Warto być wyczulonym na oznaki zawstydzenia czy niepokoju (np. zaczerwienienie, wycofanie, nerwowy śmiech i ruchy, żarty maskujące dyskomfort itp.). I w tym wypadku

przydatna jest technika odzwierciedlenia, która pozwala okazać zrozumienie i akceptację odczuć pacjenta, a tym samym zredukować nieprzyjemne emocje. Unikajmy też wypowiedzi potencjalnie piętnujących zachowania pacjenta – np. zamiast pytać: „Chyba nie wypija pan więcej niż 5 butelek piwa tygodniowo?” można zadać bardziej neutralne pytanie otwarte: „Ile piwa przeciętnie pan wypija w tygodniu?”

Pacjent, jak każdy zwykły człowiek, chciałby zrozumieć, co się z nim dzieje, co go czeka, jak długo będzie musiał pozostać w szpitalu, czy zabiegi, którym zostanie poddany, są bolesne itp. Udzielenie mu informacji dotyczących jego problemów i stosownych procedur medycznych może zmniejszyć jego niepewność i stres. Ważne jest jednak przekazywanie informacji, które są dla pacjenta zrozumiałe. Dlatego raczej starajmy się unikać medycznego żargonu (chyba że akurat chory ma wykształcenie medyczne), używajmy zdań prostych konkretnych jasnych, w miarę możliwości jednoznacznych sformułowań. Nie chodzi tu o protekcyjną traktowanie czy nadopiekuńczość i tłumaczenie wszystkiego jak dziecku (o ile nie mamy do czynienia z małym pacjentem), lecz o dostosowanie naszego języka do potrzeb i możliwości chorego. Pamiętajmy również, że w sytuacji stresującej, gdy pacjent nie czuje się dobrze, martwi się, jest zmęczony lub w szoku, możliwości przetwarzania informacji są znacząco ograniczone. Jeśli mamy do przekazania jakąś istotną informację, to dobrze byłoby podkreślić jej wagę („To, co teraz powiem, jest niezwykle ważne...”). Warto również rozważyć udział osoby trzeciej (członka rodziny, przyjaciela) w rozmowie, kiedy takich informacji mamy zamiar udzielić – nawet jeśli pacjent nie rozumie lub nie zapamięta dobrze, co powiedzieliśmy, to jego bliski będzie mógł pomóc. Można też poprosić pacjenta o zapisanie (jeśli jest w stanie) ważnych informacji lub nagranie ich np. w telefonie.

## Słuchaj uchem...

Jedną z najważniejszych umiejętności z zakresu skutecznej komunikacji jest aktywne słuchanie. Zazwyczaj jeśli z kimś rozmawiamy to również słyszymy to, co nasz rozmówca przekazuje. Ale słyszeć nie oznacza słuchać. To, że do naszych uszu docierają określone dźwięki nie gwarantuje, że uzyskamy wszystkie niezbędne informacje, przyswoimy je i zrozumiemy, co dokładnie druga strona miała na myśli. To już nieco wyższy poziom kompetencji. Aktywne słuchanie, jak sama nazwa wskazuje, wymaga od nas pewnej aktywności, świadomego działania (choć niektórzy intuicyjnie stosują niektóre techniki) i bynajmniej nie ogranicza się wyłącznie do słuchania (jako takiego). Obejmuje ono wiele różnych technik, które pomagają naszemu rozmówcy (w tym wypadku pacjentowi) uświadomić sobie i wyrazić to, co czuje. Dzięki temu my jesteśmy w stanie lepiej i dokładniej zrozumieć drugą osobę.

Wszystkim nam zdarza się ukrywać emocje i potrzeby, nie zawsze jesteśmy do końca świadomi lub nie potrafimy sprecyzować swoich uczuć i odczuć fizycznych. Wyrażamy się w sposób ogólnikowy, niejasny. Często też ulegamy swojej iluzji, że

skoro coś mówimy i sami wiemy, o co nam chodzi, to wszyscy dookoła rozumieją to dokładnie tak samo. Innymi słowy – myśli, które staramy się przekazać, pojawiają się w głowie naszego rozmówcy dokładnie w takiej samej wersji, jaką mamy w swojej głowie. Nic bardziej mylnego. Dlatego – szczególnie w pracy personelu medycznego, gdy od uzyskanych informacji zależy czyjeś życie, zdrowie, dobre samopoczucie – warto korzystać z technik aktywnego słuchania.

Podstawowym elementem jest uważne wysłuchanie, bez przerywania i „wcinania się” w wypowiedź naszego rozmówcy. Zdarza się, że gdy ktoś coś do nas mówi, my już zastanawiamy się, co mu odpowiemy, myślimy o kolejnym punkcie rozmowy albo w ogóle o tym, czym zajmiemy się po powrocie do domu... To zdecydowanie nie jest aktywne słuchanie ani skuteczna komunikacja. Powinniśmy koncentrować się na drugiej osobie, słuchać przekazu werbalnego, ale musimy również zwracać uwagę i reagować na przekaz niewerbalny (np. oznaki zdenerwowania, zawstydzenia). Przede wszystkim warto zachęcać rozmówcę do podzielenia się informacjami i okazywać zainteresowanie za pomocą sygnałów werbalnych („Mhm, tak”, „To ciekawe/ważne”, „Czy może mi pani powiedzieć o tym coś więcej?”) i niewerbalnych (uśmiech, kiwanie głową, pochylenie w kierunku rozmówcy, kontakt wzrokowy). Inne przydatne techniki to parafraza i klaryfikacja. W pierwszym przypadku staramy się swoimi słowami wyrazić to, co właśnie usłyszeliśmy („Z tego, co pan mówi wynika, że...”). W drugim – wprost pytamy, co rozmówca miał na myśli („Czy dobrze zrozumiałam, że...?”). Możemy również poprosić o więcej szczegółów lub o skoncentrowanie się na wybranej kwestii, która jest w danym momencie ważna („Czy mogłaby pani wyjaśnić dokładniej... Nie jestem pewna, czy dobrze zrozumiałam”). Dodatkowo, można również co pewien czas dokonać podsumowania, aby zakończyć pewien etap rozmowy i upewnić się, czy wszystkie

## Aktywne słuchanie

- ✦ **Stać (usiąść) na wprost osoby, z którą chcesz nawiązać komunikację**
- ✦ **Utrzymuj postawę otwartą (mięśnie rozluźnione, ręce wzdłuż ciała)**
- ✦ **Pochyl się w stronę drugiej osoby, okazując zainteresowanie**
- ✦ **Nawiąż kontakt wzrokowy (około 50 proc. czasu; nie należy unikać wzroku rozmówcy ani nadmiernie się w niego wpatrywać)**
- ✦ **Zadawaj pytania otwarte**
- ✦ **Słuchaj uważnie, dopytuj, wyjaśniaj wątpliwości, upewnij się, czy dobrze rozumiałaś/eś to, co rozmówca chciał przekazać (np. używając parafrazy)**
- ✦ **Stosuj werbalne i niewerbalne sygnały (np. potakiwanie) potwierdzające, że słuchasz**

istotne sprawy zostały poruszone i zrozumiane przez obie strony. Te trzy powiązane ze sobą techniki umożliwiają nam sprawdzenie, czy dobrze zrozumieliśmy to, co zostało powiedziane, dają szansę na wyjaśnienie ewentualnych wątpliwości czy nieścisłości. Pomagają również pozyskać więcej danych, uporządkować i zapamiętać informacje, a także uświadomić pacjentowi znaczenie jego słów.

Jak już wspominałam, pacjenci mogą odczuwać stres i negatywne emocje (lęk, wstyd, niepewność, niepokój) w związku ze swoją chorobą, dolegliwościami czy samym pobytem w szpitalu lub przychodni. Technika aktywnego słuchania, która pozwala okazać w empatyczny sposób akceptację stanu emocjonalnego pacjenta jest odzwierciedlanie. Polega ono na obserwacji i wyrażaniu słowami uczuć, które dostrzegamy u pacjenta, a także potwierdzeniu zrozumienia stanu, w jakim pacjent się znajduje. To pomaga rozmówcy zredukować nieprzyjemne uczucia. Jeśli pacjent odczuwa lęk, możemy pomóc mu oswoić się z sytuacją, np. opisując w zrozumiały sposób procedurę medyczną.

W aktywnym słuchaniu istotną rolę odgrywa również zadawanie pytań. Możemy wyróżnić pytania zamknięte i otwarte. Te pierwsze mają bardzo ograniczony zestaw odpowiedzi – zazwyczaj „tak” lub „nie” (np. „Czy dobrze się pan czuje?”),

## Zwykły, typowy dialog

**Pacjentka: Jestem przerażona tą operacją, która mnie jutro czeka.**

**Pielęgniarka: Wszystko będzie dobrze, nie ma się czym martwić. Pani doktor wykonuje mnóstwo takich zabiegów w ciągu roku.**

## Wykorzystanie technik aktywnego słuchania

**Pacjentka: Jestem przerażona tą operacją, która mnie jutro czeka. A co, jeśli będą jakieś komplikacje?**

**Pielęgniarka: Rozumiem, że się pani boi (odzwierciedlanie). Może mi pani powiedzieć więcej o tym, co panią niepokoi? (pytanie otwarte, klaryfikacja)**

**Pacjentka: Sama nie wiem... nie wiem, co się będzie ze mną działo...Czy to będzie bardzo bolało?**

**Pielęgniarka: Czyli obawia się pani bólu, dobrze rozumiem? (klaryfikacja). Przed zabiegiem podamy znieczulenie, nie będzie pani nic czuła. Potem zabierzemy panią na salę operacyjną, gdzie pani doktor zrobi... [krótki opis zabiegu]. Po obudzeniu może pani odczuwać ból w nodze, ale w razie potrzeby podamy odpowiednie leki.**

choć zdarza się, że podajemy dwie lub więcej odpowiedzi do wyboru. Oczywiście, nasz rozmówca może z własnej woli przekazać nam bardziej szczegółowe informacje („Nie, czuję się fatalnie, boli mnie żołądek i chyba mam gorączkę.”). Bezpieczniej będzie jednak zachęcić go do wypowiedzi, zadając pytanie otwarte („Jak się pan dzisiaj czuje? Czy coś pana boli?”), które wymusza udzielną bardziej rozwiniętą odpowiedź. Nie oznacza to jednak, że pytania zamknięte są zbędne i za wszelką cenę należy ich unikać. Wręcz przeciwnie, oba rodzaje pytań mają określoną rolę (potwierdzenie/zaprzeczenie/wybór konkretnej odpowiedzi albo uzyskanie więcej szczegółów). Pytania zamknięte są szczególnie przydatne w wypadku pacjentów z ograniczonymi możliwościami przetwarzania informacji lub z trudnościami w mówieniu (np. po intubacji). Musimy się wtedy liczyć z zadaniem więcej pytań, ale pacjentowi zwykle łatwiej na nie odpowiedzieć (również niewerbalnie, za pomocą gestów). Z kolei pytania otwarte pozwalają pacjentom na spontaniczną wypowiedź, podkreślenie tego, co jest w danym momencie ważne z ich perspektywy itp.

Niemniej ważne jest również umiejętne wykorzystywanie ciszy – nie bójmy się jej. Pacjenci (pielęgniarki również!) potrzebują czasem chwili na zebranie myśli, znalezienie najlepszego sposobu wyrażenia odczuć. Jeśli za każdym razem, gdy pacjent milknie, natychmiast zaczynamy mówić, próbując wypełnić ciszę, uniemożliwiamy sobie dostęp do wielu informacji, które druga strona mogłaby nam przekazać.

Początkowo wdrażanie skutecznej komunikacji i stosowanie technik aktywnego słuchania w relacji z pacjentami może nam się wydawać sztuczne i bezcelowe, a może nawet śmieszne. Pamiętajmy jednak, że kompetencje komunikacyjne, jak wszelkie inne umiejętności, trzeba wytrenować. Z czasem będziemy używać ich automatycznie w różnych sytuacjach (nie tylko w pracy) i zaczniemy dostrzegać korzyści: lepsze porozumienie z ludźmi, mniej konfliktów, poczucie skuteczności, większe zadowolenie i wdzięczność pacjentów, bardziej przyjazna atmosfera i – co z tym się wiąże – mniej stresu i więcej satysfakcji.

### Literatura:

1. Fleischer S, Berg A, Zimmermann M, Wüste K, Behrens J. (2009) Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal of Public Health*, 17(5) s. 339–353.
2. Fukui S., Ogawa K., Yamagishi A. (2011). Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study. *Psychooncology*, 20(12) s. 128–591.
3. McCabe C. (2004). Nurse-patient communication: An exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), s. 41–49.
4. Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E. (2016) Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6) s. 65–74.

mgr Agata Wężyk  
psycholog  
Instytut Medycyny Pracy





# Jakość życia chorych na łuszczycę poddanych terapii lekami biologicznymi

mgr BEATA GRAS

cz. II

## Kwalifikacja chorych do programu terapii lekami biologicznymi. Stosowanie farmakoterapii ogólnej

Leki biologiczne, inaczej inhibitory TNF- $\alpha$ , pierwsze zastosowanie znalazły w leczeniu RZS, chorób zapalnych, choroby Leśniowskiego-Crohna. W dermatologii znalazły zastosowanie w leczeniu łuszczycy o ciężkim przebiegu, np. łuszczycy stawowej, plackowatej, nie poddającej się leczeniu standardowemu. Użycie technik inżynierii genetycznej spowodowało, że leki biologiczne wykazują dużą aktywność farmakologiczną, poprzez wkodowanie funkcji białek naturalnych. Leki biologiczne stały się efektywnym sposobem leczenia oraz ratunkiem dla pacjentów z postacią ciężkiej łuszczycy. Przed zastosowaniem leczenia biologicznego należy dokładnie rozważyć wdrożenie tego typu terapii pod względem chorób współistniejących u pacjenta. Niemalą rolę odgrywa dobrze przeprowadzony wywiad dotyczący stylu i jakości życia, chorób ogólnych i psychiatrycznych.

Stosowanie farmakoterapii ogólnej przed włączeniem terapii lekami biologicznymi obejmuje swoim zakresem leki, takie jak: metotrexat, retinoidy, cyclosporyna oraz naświetlania PUVA (psoralen + UVA). Czas określony do stosowania klasycznej terapii wynosi przeważnie 3 miesiące.

Wdrożenie terapii konwencjonalnej wymaga od personelu pielęgniarskiego wiedzy na temat:

- wskazań oraz przeciwwskazań do stosowania zalecanej terapii lekowej,
- środków kontroli stanu pacjenta poddanego terapii lekowej,
- metod zabezpieczenia, jak również przestrzegania zasad ostrożności u pacjenta i jego najbliższych w trakcie stosowania leku z grupy cytostyków,
- stosowania środków ochrony osobistej oraz ewidencjonowania leków przyjmowanych w trakcie fototerapii i fotochemioterapii,
- wskazań i przeciwwskazań do stosowania leków miejscowych, np. preparatów keratolitycznych, dziegciu, glikokortykosteroidów,
- obserwacji pacjenta pod kątem niepokojących objawów oraz zachowań,
- obserwacji u pacjenta efektów leczenia lub ich braków,
- edukacji pacjenta w kierunku prozdrowotnego stylu życia oraz zgłaszania działań niepożądanych podczas terapii lekowej.

Zadaniem personelu pielęgniarskiego wobec pacjenta i jego rodziny lub opiekuna jest edukacja. Pielęgniarka może samodzielnie przekazywać informacje na temat działania

leków, przeciwwskazań oraz działań ubocznych zapoznając pacjenta z ulotkami informacyjnymi przestrzegania zasad zdrowego stylu życia oraz utrzymywania przez pacjenta kontaktu z ośrodkiem leczniczym.

Brak skuteczności leczenia lub jej utrata, przeciwwskazania do konwencjonalnej terapii, jak również działania niepożądane podczas jej stosowania oraz wyniki badań laboratoryjnych, i konsultacji lekarzy specjalistów (w celu wykluczenia ognisk zapalnych) w rezultacie powodują uruchomienie procesu kwalifikacji pacjenta do programu terapii biologicznej.

## Badania kwalifikacyjne oraz kryteria kliniczne do terapii lekami biologicznymi

Kwalifikowanie pacjentów do programu terapii lekami biologicznymi ma na celu zdiagnozowanie obecnego stanu pacjenta. W tym celu w dokumentacji programowej muszą znaleźć się wyniki badań, wskaźniki kliniczne, jak również dokumentacje fotograficzne chorobowo zmienionej skóry (rumieni, nacieków, złuszczenia) oraz stany stawów kończyn dolnych i górnych. Kryterium oceny kwalifikacji obejmuje następujące badania laboratoryjne:

- test z Quantiferonem lub próba tuberkulinowa,
- test na obecność antygenu HBS,
- test na obecność wirusa HIV,
- przeciwciała anty HCV,
- poziom ASO, OB, ASPAT, ALAT,
- stężenie mocznika i kreatyniny w surowicy,
- przeciwciała przeciw Borrelia burgdorferi,
- przeciwciała przeciwjądrowe ANA,
- próba VDRL,
- morfologia z rozmazem,
- badanie ogólne moczu,
- wykluczenie ciąży,
- USG jamy brzusznej,
- RTG klatki piersiowej z opisem,
- EKG z opisem.

Konieczne są konsultacje u lekarzy specjalistów w celu wykluczenia ognisk zapalnych, ciąży, niewydolności krążenia (NYHA II/IV), jednoczesnej terapii immunosupresyjnej oraz badania u ginekologa, stomatologa, laryngologa, kardiologa. Kwalifikacja pacjentów do programów terapii lekami biologicznymi obejmuje osoby dorosłe, które poddane były co najmniej dwóm metodom leczenia konwencjonalnego spośród terapii ogólnej. Progowe wartości ciężkości stanu klinicznego określone zostały wskaźnikami klinicznymi: DLQI > 10 (ocena jakości życia) oraz PASI>18, BSA>10 (ocena zaawansowania choroby) i są określone jako najsurowsze kryteria kwalifikacji pacjentów do leczenia biologicznego w Europie.

## Jakość życia osób chorych na łuszczycę

Jakość życia w latach 60. XX wieku kojarzono z dobrostanem ekonomicznym, z wysokim standardem życia, następnie wartość tę rozszerzano o walory niematerialne, takie jak zdrowie, edukacja, wolność, szczęście, możliwość realizacji własnych dążeń i zaspokajania potrzeb (wg hierarchii potrzeb Masłowa).

Pierwsza definicja jakości życia określona była w 1976 r. przez Campbell, Converse i Rogers jako wynik integracji osobowych właściwości oraz wskaźników dobrostanu pod względem subiektywnym i obiektywnym.

Według Agencji ds. Jakości Życia Światowej Organizacji Zdrowia z 1993 r. – jakość życia postrzegana była jako egzystencja jednostki w kontekście kultury i systemu wartości w powiązaniu z wytyczonymi celami, określonymi standardami, oczekiwaniami oraz obawami, na które mają wpływ zdrowie biologiczne, psychiczne, relacje społeczne oraz stopień niezależności i stosunek do otoczenia.

W 1972 roku M.R. Roser opublikował metodę, która miała na celu zbadanie i określenie jakości życia pacjentów. Zakres zainteresowania personelu medycznego wzbogacony został o nowe narzędzie badawcze.

Termin „jakość życia” pojawił się w ostatnich latach w naukach humanistycznych, ekonomicznych, społecznych



oraz medycznych. Znalazł zastosowanie w obszarze trudnym do zdefiniowania jak również interpretacji. Może on stanowić dla wielu osób odmienną wartość. Jakość życia jest obszarem pozostającym na kontinuum zdrowia i choroby.

Dowiedziano, że choroby skóry mają ogromny wpływ na jakość życia człowieka, określaną w trzech sferach jego funkcjonowania, tj:

- I strefie somatycznej – odczuwanie bólu, dyskomfortu, pogorszenia stanu zdrowia, zaburzeń w funkcjonowaniu poprzez liczne ograniczenia.
- II strefie psychicznej – odczuwanie lęku, niepokoju, zmiana postrzegania siebie, zaburzone poczucie własnej wartości, skuteczności, depresja, wrogość.
- III strefie społecznej – określenie wypełniania ról społecznych, określenie więzi oraz wsparcia społecznego, poziom stygmatyzacji oraz ograniczenia w rozwoju kariery zawodowej.

Skóra pełni funkcje ochronne, ale również wizerunkowe, estetyczne, percepcyjne, ekspresyjne. Często poprzez pryzmat własnego wyglądu jesteśmy w stanie ocenić możliwości w nawiązywaniu kontaktów społecznych. Poczucie napiętnowania, stygmatyzacja przez otoczenie i wstyd powodują u pacjentów odosobnienie, poczucie odizolowania. Kontakt z otoczeniem w wielu wypadkach jest problemem urastającym do gigantycznych rozmiarów. Podanie ręki, kontakty „twarzą w twarz”, kontakty intymne, korzystanie z basenu, sali fitness, publicznej szatni są dla pacjentów z łuszczycą bardzo krepujące. Oprócz zaburzeń w stanie psychicznym, zmiany chorobowe są zlokalizowane na stopach, dłoniach, częściach wyprostnych kończyn, paznokciach, owłosionej skórze głowy i powodują ból, obniżenie ruchomości w stawach, a w efekcie prowadzą do dyskomfortu w codziennym życiu. Złuszczający się naskórek wymaga częstszego sprzątania i prania odzieży, pościeli, co w wielu wypadkach jest krepujące i uciążliwe. Problemem stają się praca, zakupy, transport publiczny. W większości przypadków łuszczycą traktowana jest przez społeczeństwo jak choroba zakaźna. Choroby skóry są rzadszą przyczyną zgonów niż choroby narządów wewnętrznych. Jednak silne cierpienie, związane z niedomaganiem fizycznym oraz psychicznym, powodujące wstyd i niemoc, obniżone poczucie własnej wartości i koherencji, staje się często przyczyną uzależnień oraz podejmowanych prób samobójczych. Zagadnieniami występowania zaburzeń psychicznych u chorych z łuszczycą zajmuje się młody dział medycyny, jakim jest psychodermatologia. Znaczącą rolę w dziedzinie psychodermatologii, a konkretnie w edukacji i promocji zdrowia wśród chorych na łuszczycę, odgrywa personel pielęgniarski.

### Jakość życia u pacjentów w trakcie terapii lekami biologicznymi

Naukowcy od wielu lat zajmują się tematyką wizerunku ciała, który stanowi nieodłączny element kreowania własnego wizerunku poprzez pryzmat wyglądu związanego z kształtem,

## Choroby skóry są rzadszą przyczyną zgonów niż choroby narządów wewnętrznych. Jednak silne cierpienie, związane z niedomaganiem fizycznym oraz psychicznym, powodujące

harmonią, wielkością, nieskazitelnością skóry i jej przydatków. Znajomość wpływu łuszczycy na jakość życia pacjentów, a szczególnie na obraz postrzegania siebie w relacjach międzyludzkich, należy wykorzystać z najprostszej metody oddziaływania psychospołecznego, jaką jest zachęcanie do nawiązania kontaktu z grupą wsparcia terapeutycznego przy Polskim Stowarzyszeniu Chorych na Łuszczycę. Poprzez działania psychospołeczne personelu medycznego, takie jak: rozmowa z pacjentem, wykazanie zainteresowania jego problemami, umiejętność niesienia pomocy, stwarzanie okazji do stosowania dotyku, np. w trakcie badania pacjenta, a poprzez to – uświadamianie pacjentowi, że jego choroba nie jest zakaźna oraz nie wzbudza w nas odrazy i niechęci. Działania grupy terapeutycznej w kierunku redukcji izolacji przyspieszają włączenie pacjenta do procesu terapii lekami biologicznymi. Należy jednak pamiętać, że nie zawsze podjęty wysiłek i współpraca: pacjent – lekarz – pielęgniarka – psycholog przynoszą oczekiwane efekty. Często jednak lek biologiczny nazywany przez pacjentów „złotym środkiem”, daje satysfakcjonujące efekty. Należy we wstępnym rozmowach z pacjentem uświadomić mu istotę, przebieg procesu kwalifikacji do leczenia i jego przebiegu, a co za tym idzie – rolę obserwowania objawów niepożądanych oraz nadzoru nad stanem pacjenta. Poinformowanie oraz wyjaśnienie we wczesnej fazie kwalifikacyjnej pozwoli mu uniknąć rozczarowań i frustracji.

Jakość życia pacjentów zakwalifikowanych do terapii lekami biologicznymi w dużej części uzależniona jest od działań edukacyjnych, przeprowadzanych przez kadrę pielęgniarską, a dotyczących:

- stosowania wytycznych na temat zdrowego stylu życia,
- systematycznych wizyt kontrolnych u lekarza w ośrodku prowadzącym terapię,
- poddania się badaniom laboratoryjnym (w okresie kwalifikacyjnym i w trakcie terapii),
- przyjmowania kolejnych dawek leku biologicznego,

## wstyd i niemoc, obniżone poczucie własnej wartości i koherencji, staje się często przyczyną uzależnień oraz podejmowanych prób samobójczych.

- unikania zakażeń i nadmiernego wysiłku fizycznego,
- samoobserwacji stanu zdrowia,
- prowadzenia kalendarza wizyt kontrolnych,
- natychmiastowego kontaktu z ośrodkiem prowadzącym terapię biologiczną przy jakiegokolwiek wątpliwości czy niepokojących objawów.

### Materiał i metody badawcze

Metodą badawczą była objęta grupa pacjentów chorujących na łuszczycę zakwalifikowanych do terapii lekami biologicznymi.

W celu zebrania materiału, stanowiącego podstawę do zdobycia informacji i opinii respondentów, opracowano kwestionariusz ankiety zawierający 34 pytania.

Pierwsze 5 pytań należą do pytań ogólnych, tzw. metryczka i dotyczą wieku, płci, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca zamieszkania.

Druga część ankiety to badania szczegółowe zawierające pytania dotyczące łuszczycy: czasu, przebiegu choroby, rodzaju leczenia przed terapią lekami biologicznymi, wpływu choroby na egzystencję, styl i jakość życia oraz samopoczucie pacjenta, jego efekty leczenia, wpływu choroby na poziom jakości życia, oraz poziomu wiedzy na temat zasad obowiązujących w terapii lekami biologicznymi.

Praca dotyczy badania jakości życia chorych na łuszczycę poddanych terapii lekami biologicznymi i przedstawia wpływ choroby przewlekłej, jaką jest łuszczycę, na psychospołeczny aspekt życia oraz była próbą ustalenia wpływu zmiennych na kształtowanie jakości życia pacjenta. Wśród zmiennych brano pod uwagę chorobę, jaką jest łuszczycę, czas włączenia leczenia systemowego oraz terapii lekami biologicznymi, wpływ czynników społecznych, emocjonalnych, cech osobowościowych pacjentów na poziom niepokoju, lęku, poczucie własnej wartości oraz styl życia.

Badanie za pomocą kwestionariusza ankiety zostały przeprowadzone anonimowo wśród pacjentów hospitalizowanych w klinice dermatologii z powodu łuszczycy i poddanych terapii lekami biologicznymi. Pytania ankietowe, skierowane do pacjentów, miały wskazać znaczenie wpływu zmian skórnych związanych z łuszczycą na poziom jakości życia. Większość respondentów – 74 proc. – stanowili mężczyźni, zaś 26 proc. to kobiety.

Z przeprowadzonej ogólnej analizy danych za lata 2011–2014 statystycznie dwa razy częściej z powodu łuszczycy i jej postaci hospitalizowani byli mężczyźni. W porównaniu z ogólną liczbą przeprowadzonych hospitalizacji w klinice z powodu łuszczycy hospitalizowanych było od 28 proc. do 53 proc. pacjentów.

Najczęstszym powodem hospitalizacji pacjentów obojga płci była łuszczycę pospolita (L40.0), a następnie łuszczycę stawową (L40.5).

Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 50–59 lat (46 proc.), mniejszą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 40–49 lat (24 proc.), powyżej 60 lat to grupa stanowiąca 20 proc. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 30–39 lat (10 proc.).

Większość respondentów pozostaje w związku małżeńskim, co stanowiło 70 proc., rozwiedzionych 16 proc., zaś 7 proc. stanowiły osoby stanu wolnego. Z materiału badawczego wynika, iż najliczniejszą grupą – 43 proc. badanych – były osoby z wykształceniem średnim, zaś 34 proc. to osoby z wykształceniem zawodowym. Wykształcenie wyższe miało 20 proc. ankietowanych, najmniej, bo 3 proc. osób było z wykształceniem podstawowym.

Większość badanych to mieszkańcy dużego miasta 50 proc., następnie małego miasta 43 proc., zaś 7 proc. to mieszkańcy wsi. Wyniki badań wskazywały w 83 proc. przypadków na powiązanie zachorowania na łuszczycę z aspektem dziedziczenia, co potwierdza literatura przedmiotu, w której zwrócono uwagę na korelację między zachorowaniami na łuszczycę wśród dzieci a chorującymi na łuszczycę rodzicami. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, dotyczące stosowania leków biologicznych w łuszczycę stawowej oraz zwyczajnej, zalecają korzystanie z kryteriów diagnostycznych CASPAR (Classification criteria for Psoriatic Arthritis). Kryteria te, opracowane przez międzynarodowy zespół ekspertów w 2006 r., ukierunkowują badania m.in. na dodatni wywiad rodzinny w kierunku łuszczycy. Wywiad dotyczy obecności łuszczycy u krewnego pierwszej lub drugiej linii pokrewieństwa.

Wyniki badania wskazywały, że wśród osób hospitalizowanych z powodu łuszczycy w 66 proc. chorowało na łuszczycę stawową, zaś 34 proc. leczono z powodu łuszczycy zwyczajnej. Przed zastosowaniem terapii lekami biologicznymi respondenci podają w 100 proc., że poddani byli farmakoterapii ogólnej lekami z grupy cytotasytyków, MTX, cyklosporyn, zaś w 73 proc. przypadków zastosowane były retinoidy. W 100 proc. osoby badane podają zastosowanie fototerapii i fotochemoterapii z lekami z grupy psoralenów. Leczenie



obejmowało w 100 proc. stosowanie leków miejscowych często przynoszących dużą odczuwalną ulgę w wypadku pieczenia, bólu, szorstkości i za „krótkiej” napiętej skóry. Pomimo obniżenia poziomu odczuwalnego dyskomfortu związanego z powyższymi objawami, metoda ta wzbudza wśród pacjentów liczne ograniczenia związane ze sposobem ubierania się, utrzymaniem czystości ciała, wyglądem zewnętrznym i odczuwaniem tzw. tłustego, wilgotnego, brudnego ciała. Leczenie konwencjonalne (systemowe) w 74 proc. przypadkach włączone zostało w trakcie rozpoznania łuszczycy, zaś w 13 proc. wdrożone było w okresie pół roku oraz od roku do 2 lat od chwili rozpoznania. Leczenie łuszczycowych zmian skórnych przebiegało w dwóch fazach. Pierwsza obejmowała zastosowanie leków keratolitycznych (preparaty z zawartością kwasu salicylowego, mocznika), co skutkowało usunięciem łuski. Druga faza polegała na zastosowaniu leków o działaniu redukującym stan zapalny oraz hamującym proliferację naskórka (cygnolina, dziegieć), kortykosteroidy, które są dobrze tolerowane przez pacjentów oraz wykazują wysoką efektywność z krótkim okresem remisji. W literaturze przedmiotu wskazania do leczenia ogólnego są właściwe przy zajęciu zmianami chorobowymi 15 proc. powierzchni skóry, przy braku efektów leczenia miejscowego.

W materiale badawczym przed zastosowaniem leczenia biologicznego większość respondentów (66 proc.) zgłaszała trudności w wykonywaniu codziennych czynności, zaś u 27 proc. wykonywanie tych czynności sprawiało bardzo duże problemy. Poziom codziennej aktywności po zastosowaniu terapii lekami biologicznymi uległ bardzo dużej poprawie u 70 proc. badanych, a 17 proc. spośród nich wykonuje czynności bez żadnych trudności. W przypadku 10 proc. respondentów, pomimo zastosowania terapii biologicznej, codzienne czynności sprawiają trudności, a u 3 proc. nadal utrzymują się duże ograniczenia.

Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem jest współzależny z indywidualnym kształtowaniem osobniczego stylu życia. Badanie wykazało, że w 66 proc. osób deklaruje okazjonalne spożywanie alkoholu, zaś 34 proc. deklaruje abstynencję. Do palenia papierosów przyznaje się 6 proc. osób badanych. Wpływ alkoholu na zaostrzenie się zmian łuszczycowych dowiedziony był w licznych badaniach klinicznych. Odnotowano u pacjentów chorych na łuszczycę częstsze uzależnienie od alkoholu. Badania Qureshi i wsp. wykazały, że u kobiet spożywających piwo występuje większe powinowactwo do występowania łuszczycy, niż pijących wino lub mocniejsze alkohole. Kobiety spożywające około pięciu piw w tygodniu były 1,8 razy bardziej narażone na zachorowanie na łuszczycę, niż kobiety niepijące. Wyniki badań wykazały korelacje pomiędzy występującym w piwie glutenem, który powoduje większą przepuszczalność jelit, a pojawieniem się pierwszych objawów łuszczycy. Szkodliwe działanie alkoholu wpływa na rozszerzanie naczyń poprzez uwalnianie histaminy, co w rezultacie przyczynia się do burzliwej migracji komórek zapalnych. Zwrócono uwagę na czynnik predysponujący do zakażeń skóry np. paciorkowcami, które inicjują zmiany

łuszczycowe. Mężczyźni pijący około 43 g alkoholu na dobę są bardziej narażeni na występowanie łuszczycy niż ci, którzy spożywają 21 g alkoholu na dobę.

Wzbogacenie diety wśród badanych pacjentów w wielonienasycone niezbędne kwasy tłuszczowe deklarowało 56 proc. respondentów, zaś 30 proc. stosuje powyższe tłuszcze rzadko, a 14 proc. respondentów nie stosuje WNNKT w diecie. Wyniki przeprowadzonych badań, w których oceniano wpływ olejów rybnych i ryb na wygląd skóry, zaobserwowano znaczną poprawę stanu skóry u pacjentów spożywających tłuste ryby. Włoskie badania wykazały, że suplementacja omega-3 (2,6 g/dobę) oraz dieta niskokaloryczna u pacjentów otyłych z łuszczycą przyczynia się do poprawienia odpowiedzi na terapię immunomodulującą oraz profilu metabolicznego. Działania te sprzyjają poprawieniu poziomu jakości życia poprzez obniżenie wyniku PASI.

Kluczową rolę dla naszego zdrowia odgrywa higiena psychiczna. W 94 proc. respondenci podają wpływ choroby na stan psychiczny i emocjonalny. W 50 proc. przypadkach osoby chore często odczuwają lęk, zaś 23 proc. wśród osób badanych odczucia te są rzadkie. Odczuwanie gniewu spowodowanego chorobą w przypadku 47 proc. osób badanych jest rzadkie, 33 proc. respondentów wiąże te emocje z jednostką chorobową. Częste odczuwanie wstydu deklaruje 66 proc., zaś rzadkie występowanie wstydu występuje u 27 proc. chorych. Pacjenci odczuwają w 77 proc. wpływ choroby na relacje społeczne, mające swoje odzwierciedlenie w odczuwaniu odosobnienia, skrepowania, odrzucenia w relacjach z innymi ludźmi. Wpływ choroby na relacje intymne w dużym stopniu deklarowała połowa badanych respondentów, zaś w bardzo dużym stopniu wpływ choroby na relacje intymne określa grupa 30 proc. pacjentów. Osoby badane w 57 proc. deklarują w niewielkie wsparcie ze strony rodziny i znajomych. Dyskomfort związany z małą atrakcyjnością fizyczną, odrzuceniem przez społeczeństwo, brakiem lub niewielkim wsparciem ze strony osób najbliższych często powoduje alienację, wycofanie, skrepowanie, unikanie kontaktów fizycznych. Wśród pacjentów badanych 93 proc. zadeklarowało w związku z chorobą zmianę stylu życia, zaś wszyscy (w 100 proc.) potwierdzali swoją wiedzę na temat aktualnego stylu życia w trakcie terapii lekami biologicznymi. W 53 proc. pacjenci zgłaszali zmianę lub ograniczenia w relacjach rodzinnych, towarzyskich. Z powodu choroby 47 proc. respondentów musiało zmienić miejsce pracy, u tyluż (47 proc.) badanych choroba miała wpływ na karierę zawodową i naukę. Znaczący wpływ łuszczycy na niski poziom poczucia własnej wartości odczuwała ponad połowa chorych, niewielki odsetek osób badanych deklarował wysoki poziom poczucia własnej wartości.

Pacjenci chorujący na łuszczycę zgłaszają subiektywne odczucia pieczenia, świądu, bólu skóry, bólu stawów. Po zastosowaniu terapii lekami biologicznymi pacjenci w 66 proc. stwierdzają w bardzo dużym stopniu poprawę, zaś 34 proc. obniżenie w dużym stopniu poziomu odczuwania powyższych objawów. Wyniki badań wykazały w 84 proc. bardzo duży wpływ terapii lekami biologicznymi na polep-

szczenie samopoczucia wśród osób badanych, zaś w 16 proc. respondentów określała poprawę samopoczucia w dużym stopniu. Badania brytyjskie wskazują, że wśród 60 proc. osób badanych wskazywały one, że czas związany z życiem zawodowym poświęcony chorobie, to 26 dni roboczych w okresie 1 roku.

Dokonując oceny wpływu czynników psychicznych na etiopatogenezę łuszczycy, zwrócono uwagę na profil osobowości pacjentów, którym towarzyszy skłonność do zaburzeń emocjonalnych, podwyższony poziom lęku, koncentracja na sobie związana ze stanem zdrowia, skłonność do głębokiego przeżywania emocjonalnych konfliktów. Wygląd skóry, szczególnie w częściach widocznych, przy pojawieniu się najdrobniejszych defektów wzbudza u chorych poczucie stygmatyzacji wiążącej się z wycofaniem z życia społecznego, dyskomfortem emocjonalnym, co bezpośrednio przyczynia się do obniżenia poziomu własnej wartości. Połączenie wymienionych objawów w wielu przypadkach skutkuje pojawieniem się myśli samobójczych. Wielu badaczy podkreśla ogromną rolę leczenia przeciwdepresyjnego, psychoterapię, uczestniczenie w grupach wsparcia oraz edukację pacjentów. Skóra należy do narządów widocznym dla otoczenia, w chwili kiedy jest uszkodzona, podlega zniekształceniu ma to ogromne odzwierciedlenie w naszej psychice wpływając negatywnie na jakość naszego życia. Badanie wykazało, że tylko 33 proc. osób korzystała z porad psychoterapeuty lub psychologa. Respondenci wykazują się dużą wiedzą, bo 74 proc. badanych wie o stowarzyszeniach zrzeszających pacjentów chorych na łuszczycę. Należy nadmienić, że 2 lutego 2007 r. Sąd Rejonowy w Bydgoszczy zarejestrował Ogólnopolskie Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę „Psoriasis”. Stowarzyszenie to powstało z inicjatywy osób chorych na łuszczycę w formie internetowego forum. Jego celem jest wspieranie osób chorych na łuszczycę oraz ich rodzin poprzez działania reprezentacyjne, integracyjne, inicjowanie spotkań, konferencji, szkoleń oraz kreowanie dostępu do nowych metod terapeutycznych i leczniczych doprowadzających do poprawienia jakości życia chorych na łuszczycę. Należy podkreślić znaczenie obchodów przypadającego 29 października Światowego Dnia Chorych na Łuszczycę, które stwarzają okazję do przełamania mitów na temat łuszczycy, podnoszenia wiedzy społeczeństwa na temat choroby, odchodzenia od powszechnie stosowanych stereotypów i stygmatyzacji osób chorych na łuszczycę. Działania te mają na celu polepszenie funkcjonowania osób chorych na łuszczycę w społeczeństwie, przyczyniając się do poprawienia jakości życia w sferze psycho-społecznej.

Główną rolę w leczeniu pacjentów odgrywa komunikacja między pacjentem, jego rodziną, a personelem. W celu określenia pełnej diagnostyki, leczenia, pielęgnacji, psychoterapii, rehabilitacji niezbędna jest podmiotowość pacjenta, podejście holistyczne we współdecydowaniu o własnym zdrowiu oraz sposobie leczenia. Zalecenia personelu dotyczące zasad profilaktyki w 100 proc. są stosowane przez wszystkich respondentów. Stworzenie kompleksowej opieki na rzecz przewlekle chorych pozwala na współpracę członków zespołu

interdyscyplinarnego, który określa standardy diagnostyki, leczenia, pielęgnowania, analizy i podnoszenia wiedzy na temat jakości życia pacjentów chorych na łuszczycę. Należy zwrócić szczególną uwagę na aspekt psychologiczny choroby, a nie tylko postrzegać pacjenta jako przypadek kliniczny poprzez pryzmat chorej skóry.

W praktyce pielęgniarstwa bardzo ważna jest wiedza i umiejętności oszacowania potrzeb biologicznych, społecznych ale także sfer psychicznych, które pozwolą pacjentowi łatwiej dokonać właściwego doboru działań w walce oraz radzeniu sobie z chorobą. Umiejętność stworzenia narzędzia służącego do przeprowadzenia badań poziomu jakości życia pacjentów przewlekle chorych niejednokrotnie staje się niezbędna w identyfikowaniu wielu aspektów ich życia. Dokonując oceny i wyciągnięcia wniosków pielęgniarstwa może przekazać pacjentowi oraz jego rodzinie niezbędne informacje na temat właściwej pielęgnacji, wskazać kierunek działań w terapii, a tym samym wpływając na poprawienie jakości życia pacjentów chorych na łuszczycę.

Przeprowadzona analiza badań pozwoliła na wyciągnięcie następujących wniosków.

Z analizy materiału badawczego wynika, że codzienny wysiłek fizyczny w wykonywaniu czynności większości respondentów sprawia trudności. W przeważającej części przypadków respondenci podają znaczący wpływ choroby na stan psychiczny i emocjonalny. Odczuwanie wstydu, skrepowania, odrzucenie w relacjach społecznych, ograniczenia w relacjach intymnych oraz niski poziom własnej wartości ma znaczący wpływ na odczuwanie niskiego poziomu jakości życia.

Poziom codziennej aktywności po zastosowaniu terapii lekami biologicznymi uległ bardzo dużej poprawie, większość osób badanych deklaruje wykonywanie czynności bez żadnych trudności, zaś w przypadku jednej osoby nadal utrzymują się duże ograniczenia.

U pacjentów jakość życia skorelowana ze składowych, takich jak aspekt biologiczny, psychiczny, fizyczny, społeczny postrzegana jest przez pacjentów chorych na łuszczycę pod kątem poprawy stanu zdrowia i samopoczucia po zastosowaniu terapii lekami biologicznymi. W większości respondentów zgłaszali dużą poprawę samopoczucia, znaczące obniżenie poziomu odczuwanego bólu, swędzenia, pieczenia oraz lepszego wyglądu skóry. Efekt terapii lekami biologicznymi poprawił komfort życia poprzez zmniejszenie ograniczeń związanych z relacjami społecznymi. Nabycie wiedzy i umiejętności na temat właściwego stylu życia u większości osób badanych pomogło w podniesieniu poziomu poczucia własnej wartości.

Wykaz literatury u Autorki

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



Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologicznego i Położniczego  
oraz Zespół Położnych przy OIPiP w Łodzi  
zapraszają na II edycję szkolenia

## „Rola i zadania położnej w propagowaniu karmienia piersią i w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych”

w dniu 19 maja 2018 r., godz. 9.00–13.30  
Łódź, ul. Emilii Plater 34 (OIPiP w Łodzi)

### Tematy wiodące wynikające z obowiązujących przepisów prawa:

- Przygotowanie kobiet ciężarnych do karmienia piersią przez położną POZ w ramach prowadzonej edukacji przedporodowej, na oddziałach ciąży powikłanej •
- Obowiązki i zadania położnej sprawującej opiekę nad rodzącą •
- Wsparcie matki karmiącej i noworodka przez położną na oddziale położniczo-noworodkowym •
- Rola i zadania położnej POZ w opiece sprawowanej nad matką i dzieckiem w środowisku zamieszkania •
- Niewłaściwe praktyki stosowane w szpitalu dotyczące karmienia noworodków mlekiem modyfikowanym bez zlecenia lekarskiego •
- Dokumentowanie zaplanowanych i zrealizowanych przez położną świadczeń medycznych dot. karmienia piersią i rozwiązywania problemów laktacyjnych •

Zgłoszenia do 10 maja 2018 r.

Komitet Organizacyjny Konferencji Naukowo-Szkoleniowej

## „Postępy w naukach o zdrowiu”

oraz I Zjazdu Absolwentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

zapraszają osoby zainteresowane nowościami w naukach o zdrowiu, Absolwentów Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz Wydziału i Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa następujących kierunków: Dietetyka, Pielęgniarstwo, Położnictwo, Ratownictwo Medyczne, Zdrowie Publiczne

na Konferencję Naukowo-Szkoleniową połączoną z I Zjazdem Absolwentów Wydziału Nauk o Zdrowiu w dniu **21 kwietnia 2018 r. w Centrum Kliniczno-Dydaktycznym (Aula 1000) Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (92-213 Łódź ul. Pomorska 251)**

### Co oferujemy:

- możliwość wysłuchania ciekawych referatów oraz udziału w warsztatach •
- spotkanie absolwentów z władzami Uczelni oraz kadrą dydaktyczną •
- zwiedzanie Centrum Kliniczno-Dydaktycznego •

W celu poznania programu konferencji i zjazdu absolwentów, warunków uczestnictwa oraz rejestracji zapraszamy na stronę: [konferencja.wnoz@umed.lodz.pl](mailto:konferencja.wnoz@umed.lodz.pl) Uniwersytet Medyczny w Łodzi już 20 lat kształci na Kierunku Pielęgniarstwo i 15 lat na kierunku Położnictwo. Prosimy, powiadom o Konferencji i Zjeździe Koleżanki i Kolegów!

### Agenda (Aula 1000)

- 8.00–9.00 • Rejestracja uczestników  
9.00–9.30 • Uroczyste otwarcie, powitanie i wystąpienia zaproszonych gości.  
9.30–10.00 • *Postępy i wyzwania w zdrowiu publicznym na przestrzeni ostatniej dekady* – dr Sylwia Kałucka  
10.00–10.15 • *Optymalizacja żywienia w wybranych chorobach autoimmunizacyjnych* – mgr Paulina Konrad  
10.15–10.30 • *Postępy w leczeniu żywieniowym nieswoistych chorób zapalnych jelit* – dr n. med. Aleksandra Błońska  
10.30–10.45 • Dyskusja  
10.45–11.30 • Przerwa kawowa  
11.30–12.00 • *Co pielęgniarki o cyfryzacji wiedzieć powinny?* – dr Dorota Kilańska  
12.00–12.15 • *Rola i znaczenie wybranych pierwiastków śladowych dla przebiegu ciąży i rozwoju płodu* – dr n. med. Mariusz Grzesiak  
12.15–12.30 • *Tokofobia – problem współczesnego położnictwa* – dr n. o zdr. Beata Leśniczak  
12.30–12.45 • *Rehabilitacja osób w podeszłym wieku* – prof. n. med. Jolanta Kujawa  
12.45–13.00 • Dyskusja  
13.00–14.00 • Obiad  
14.00–14.15 • *Udar mózgu – wybrane elementy* – dr hab. n. med. Dariusz Timler  
14.15–14.30 • *Ratownictwo medyczne: pierwsza pomoc w zawale serca* – dr n. med. Filip Jaśkiewicz  
14.30–15.00 • *O sprawnym porozumiewaniu się w zespole terapeutycznym* – mgr Monika Kowalska-Wojtysiak  
15.00–15.15 • Prezentacja Sponsora  
15.15–15.30 • Dyskusja  
15.30–15.45 • Podsumowanie i zakończenie konferencji

### Warsztaty (jedna sala)

*Nowoczesna dokumentacja pacjenta w praktyce pielęgniarskiej* – dr Dorota Kilańska  
*Podstawowe zabiegi resuscytacyjne wg Wytucznych 2015 osób dorosłych, dzieci i niemowląt* – dr n. med. Krystyna Frydrysiak  
*Nauczanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej w wirtualnej rzeczywistości* – dr n. med. Filip Jaśkiewicz

### ZARYS PROGRAMOWY:

- I. Opieka ukierunkowana na rodzinę, czyli o tym, że z mamą i tatą dobrze nie tylko na zdjęciu
  1. Edukacja i wsparcie rodziców w oddziale noworodkowym
  2. Program opieki nad rodzicami dysfunkcyjnymi
- II. (S)prawna pielęgniarka neonatologiczna – jak odnaleźć się w gąszczu przepisów?
  1. Aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej w opiece nad noworodkiem
  2. Pielęgniarka/położna zaawansowanej praktyki w neonatologii
  3. Kategoryzacja pacjentów
- III. Mały człowiek z problemami – czyli to co spędza Ci sen z powiek. Pielęgnacja oparta na dowodach naukowych
  1. Stosowanie plastrów w OITN
  2. Zaburzenia termoregulacji u noworodka
  3. Pielęgnacja skóry
  4. Pielęgnacja noworodka ze stonią jelitową
  5. Toaleta drzewa oskrzelowego
  6. Monitorowanie bólu
- IV. Fizjologiczna flora bakteryjna – jesteśmy na TAK
  1. Wprowadzanie żywienia doustnego u noworodków z problemami zdrowotnymi
  2. Profilaktyka dysbiozy jelitowej u noworodka urodzonego drogą cięcia cesarskiego
  3. Wczesna podaż siary
- V. Warsztaty – czyli trening czyni mistrza:
  1. Oklejanie i stabilizacja plastrami
  2. Resuscytacja noworodka
  3. Montowanie układów wsparcia oddechowego

### II KONFERENCJA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH NEONATOLOGICZNYCH



## NEONURSING 2018

13-14 KWIETNIA 2018

HOTEL BOROWIECKI ŁÓDŹ UL. MARCINA KASPRZAKA 7/9

Informacja i rejestracja na stronie: [www.ptpipn.eu](http://www.ptpipn.eu)

ORGANIZATOR LOGISTYCZNY

**PROVENA**  
CENTRUM GONADICZNO-STADIELOWE

[www.provena.com.pl](http://www.provena.com.pl)

tel. 695 271 227, e-mail: [biuro@provena.com.pl](mailto:biuro@provena.com.pl)

### KOSZTY UCZESTNICTWA

Członkowie PTPIPn - 100 zł

Pozostałe osoby - 150 zł

Kolacja - 50 zł

Sponsor wydania komunikatu konferencyjnego





## Sprawozdanie z konferencji: „Położna w systemie ochrony zdrowia”

W dniach 23–24 stycznia 2018 roku w Warszawie z inicjatywy pani Ewy Janiuk – Wiceprezes NRPiP i Komisji Położnych działającej przy Naczelnej Radzie odbyło się spotkanie położnych pełniących funkcje wiceprzewodniczących okręgowych rad i przewodniczących okręgowych komisji położnych. Spotkanie miało charakter konferencji szkoleniowej pt. „Położna w systemie ochrony zdrowia”

W konferencji udział wzięło 69 położnych z 36 izb (zabrało przedstawicieli z okręgowych izb w: Jeleniej Górze, Łomży, Radomiu, Sieradzu, Suwałkach, Tarnowie, Toruniu, Wałbrzychu i Włocławku). Wśród zaproszonych gości były obecne Pani: Leokadia Jędrzejewska – Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Położniczego i Ginekologicznego, Beata Pięta – Prezes Polskiego Towarzystwa Położnych, Anna Widarska – Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka oraz Katarzyna Zibel z Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

Spotkanie otworzyła Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Zofia Małas, która omówiła w dużym skrócie opracowaną „Strategię na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”. Przedstawiła również uczestnikom spotkania rezultaty pierwszego spotkania z nowym Ministrem Zdrowia prof. Łukaszem Szumowskim, w trakcie którego podkreślono, że sytuacja w pielęgniarstwie i położnictwie jest dramatyczna. Liczba pielęgniarek przypadających na 1000 pacjentów jest u nas najniższa wśród krajów Unii Europejskiej, a średnia wieku pielęgniarek w Polsce to 51 lat. Istotne jest aby Ministerstwo Zdrowia wspólnie ze środowiskiem pielęgniarek i położnych podjęło jak najszybciej działania, które w oparciu o opracowany dokument będą zmierzały do poprawy warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych oraz bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.

Konsultant Krajowy pani Leokadia Jędrzejewska przedstawiła sytuację zawodową położnych w poszczególnych województwach. Z przedstawionych danych wyraźnie zostało potwierdzone, że na rynku pracy największą grupę aktywnych położnych stanowią położne w wieku 51–55 lat. Obserwuje się też u położnych rzadziej niż u pielęgniarek powrót na rynek pracy po dłuższej przerwie.

Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia pani Anna Widarska podkreśliła wagę i znaczenie karmienia piersią, które jako priorytet zawarto w Narodowym Programie Zdrowia. W promocji karmienia piersią podkreśla się ogromną rolę położnych. Ministerstwo Zdrowia sfinansowało w roku 2017 r. kurs specjalistyczny: Edukacja

i wsparcie kobiety w okresie laktacji. Szkolenie ukończyło 500 położnych.

Prezes Polskiego Towarzystwa Położnych Pani Beata Pięta przedstawiła krótkie sprawozdanie z działalności towarzystwa:

Polskie Towarzystwo Położnych jest zarejestrowane jako stowarzyszenie naukowe, zawodowe:

- działa w 14 oddziałach na terenie Polski, zrzesza ponad 300 położnych;
- współuczestniczy w ustalaniu kierunków rozwoju praktyki położniczej, podnoszeniu poziomu jakości profesjonalnej opieki położniczej i ginekologicznej świadczonej przez położne na rzecz kobiety i jej rodziny;
- doskonalili zawodowo położne poprzez wdrażanie najnowszych osiągnięć wiedzy medycznej w dziedzinie położnictwa, neonatologii i ginekologii oraz dziedzin wspomagających nauki medyczne;
- zachęca i wdraża członków do samokształcenia oraz systematycznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych poprzez udział w różnych formach doskonalenia podyplomowego;
- współuczestniczy w opracowywaniu i wdrażaniu założeń oraz programów polityki zdrowotnej promującej zdrowie kobiet i rodzin oczekujących narodzin dziecka;
- kształtuje pozytywne postawy wobec zdrowia i jego promocji oraz profilaktyki chorób kobiecych i patologii położniczych, w dziedzinach: płciowości, dojrzewania, aktywności seksualnej i przygotowania do rodzicielstwa – w aspekcie biologicznym, wychowawczym i społecznym oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa;
- opracowuje materiały informacyjne i edukacyjne dla czasopism fachowych;
- upowszechnia zasady kodeksu etyki zawodowej położnej;
- reprezentuje zawód położnej;
- aktualnie wspiera kampanię edukacyjną skierowaną do ciężarnych i matek karmiących „Mamo pić”, „Wspieramy was od pierwszego dnia”;
- prowadzi ogólnopolskie badania opinii dotyczącej laktacji oraz roli położnej w promowaniu karmienia piersią.

Pierwszy dzień spotkania zakończył się dyskusją podczas, której położne rozmawiały o problemach zawodowych w poszczególnych zakładach.

W drugim dniu konferencji Pani Katarzyna Zibel reprezentująca Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej w NFZ

przedstawiła ocenę dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie realizowanego programu Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży tzw KOC.

Program funkcjonował pilotażowo w siedmiu województwach, w okresie od 1 lipca 2016 r. do końca września 2017 r. Realizowało go 13 podmiotów. Obecnie podmioty realizują program w podziale na poziomy referencyjne KOC I – 6 podmiotów oraz KOC – II i KOC – III ponad 18 podmiotów.

W trakcie pilotażu oceniano parametry jakościowe:

- ilość kobiet biorących udział w programie: udział wzięło ponad 13 tysięcy kobiet;
- ocena wskaźnika cięć cesarskich: niestety w Polsce wskaźnik cięć cesarskich wynosi ponad 40 proc., (przed KOC średnio 42,5 proc.). Oczekiwano obniżenie wskaźnika < 25 proc. Tylko w województwie pomorskim wskaźnik kształtuje się na poziomie 23 proc.;
- znieczulenie do porodu: od lipca 2015 r. znieczulenie jest dodatkowo finansowane przez NFZ w kwocie 416,00 zł. Wskaźnik w KOC znieczuleń wyniósł < 10 proc., jedynie w województwie łódzkim i warmińsko-mazurskim wskaźnik wyniósł 14,38 proc. (powody tak małej ilości znieczuleń nie są dokładnie poznane);
- skala Apgar – ocena stanu ogólnego noworodka po urodzeniu. Zarówno na pierwszym jak i drugim stopniu referencyjnym podmiotów w KOC liczba noworodków urodzonych < 4 punktów w skali Apgar wyniósł 1 proc.;
- długość hospitalizacji matki po porodzie to 4 dni, długość hospitalizacji noworodka niewiele > 3 dni. (Podmioty w KOC skróciły hospitalizację noworodka z wcześniejszych 4 dni);
- w programie KOC w zakresie wizyt patronażowych uczestniczyło 379 położnych a opiekę szpitalną i edukację przedporodową realizowało 345 położnych;
- KOC nie spowodował wcześniejszej zgłaszalności ciężarnych do podmiotu leczniczego. Na ogół ciężarne do placówek świadczących świadczenia w KOC zgłaszały się między 33 a 36 tygodniem ciąży.

Po prezentacji wywiązała się gorąca dyskusja m.in. dotycząca prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położną, liczby kobiet po operacjach ginekologicznych objętych opieką przez położną POZ, liczby wizyt świadczonych przez położną POZ u kobiet ze stwierdzoną wadą letalną płodu, analizy porównawczej wizyt patronażowych w ramach KOC a wizyt świadczonych przez położną POZ. Przedstawicielka NFZ nie miała takich informacji, obiecała, że pisemnie zostaną przekazane odpowiedzi na zadane pytania.

Adwokat Kinga Rudnik reprezentująca OIPiP w Katowicach przedstawiła prelekcję na temat: Bezpieczeństwo prawne w pracy położnej.

**Położnictwo i ginekologia znajdują się w czołówce dziedzin medycznych, których dotyczy postępowania prowadzone przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej i prokuratorów. Pacjentki, chcąc osiągnąć swoje cele, bardzo często oskarżają po porodzie o sytuacje, które się nie zdarzyły.**

Położnictwo i ginekologia znajdują się w czołówce dziedzin medycznych, których dotyczą postępowania prowadzone przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej i prokuratorów. Pacjentki, chcąc osiągnąć swoje cele, bardzo często oskarżają po porodzie o sytuacje, które się nie zdarzyły. Możemy mieć kilka postępowań: karne, zawodowe przed rzecznikiem i sądem zawodowym oraz cywilne. Fundamentalne znaczenie w takich sytuacjach ma prawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna, która może nas obronić przed postępowaniem. Bardzo ważną sprawą jest dokładne, bieżące opisywanie swoich czynności oraz opisywanie jeśli czegoś nie wykonamy. Piszemy o tym i podajemy przyczyny i powód niewy-

konania. Swoim podpisem sygnujemy wyłącznie świadczenia, które wykonaliśmy osobiście. Istnieje ryzyko poniesienia odpowiedzialności cywilnej solidarnej i zapłaty odszkodowania za nie swój błąd medyczny. Dokumentacja medyczna jest zajmowana jako dowód w dniu wszczęcia postępowania, dlatego musimy ją prowadzić na systematycznie, bieżąco.

Samodzielność zawodowa nakłada na nas odpowiedzialność prawną w przypadku nieprawidłowego zlecenia lekarskiego. Położna jako profesjonalista musi ocenić czy zlecenie lekarskie jest zgodne z aktualną wiedzą medyczną a jego wykonanie nie spowoduje uszczerbku zdrowia u pacjentki. Podobnie w sytuacji wzywania lekarza do pacjentki, szczególnie gdy lekarz nie pojawia się. Informacja powinna być bezwzględnie odnotowana w dokumentacji medycznej. Pacjentka nie ma prawa nas obrażać ani poniżać. Jeśli są naruszone nasze dobra osobiste mamy prawo na drodze cywilnej dochodzić odszkodowania.

Bardzo popularne dzisiaj są sytuacje związane z nagrywaniem, robieniem zdjęć. Z taką sytuacją często spotykamy się na sali porodowej. Pacjent, rodzina może nagrywać rozmowy, filmy, robić zdjęcia ale nie wolno ich rozpowszechniać bez naszej zgody (art. 81 Ustawy o prawach autorskich). Jedynie nasz udział w imprezach masowych daje prawo do rozpowszechniania naszego wizerunku. Sąd najwyższy dopuszcza jako materiał dowodowy nagrane rozmowy, filmy, ale takich nagrań nie można upubliczniać np. w internecie.

Konferencja zakończyła się dyskusją, która, w naszym odczuciu, ze względu na ramy czasowe była za krótka. Koleżanki z różnych regionów Polski mają różne problemy. Uczestnicy wypełnili na koniec ankiety, w których były zawarte sugestie dotyczące pracy Komisji Położnych przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych.

Uczestniczki konferencji:

Barbara Dresler

Przewodnicząca Komisji Położnych przy ORPiP w Łodzi

Bożena Pawłowska

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi



# Wielki Post

## – szansa czy ograniczenie?

BARBARA JAGAS

Dla niektórych Wielki Post kojarzy się z wyrzeczeniem, ograniczeniem i rezygnacją. Jezus powiedział „...Jeśli ktoś chce iść za Mną, niech się zaprze samego siebie, niech co dnia bierze krzyż swój i niech Mnie naśladuje” (Łk 9,23).

Słowa te wyrażają pewien radykalizm wyboru, który nie dopuszcza zwłoki i odwrotu, to twardy wymóg ale przynoszący umocnienie i świętość.

Zaprzec się siebie, to pozwolić prowadzić się Bogu. Łatwo jest zachwycać się Jezusem uzdrowicielem, nauczycielem składając deklaracje „pójdę za Tobą”.

Wielkością jest jednak, pójść za Jezusem wymagającym, żądającym zaparcia się siebie, czyli rezygnacji ze swoich planów często ograniczonych i małostkowych, to przeżywanie swojego życia w kategoriach daru, bezinteresowności szczególnie wobec ludzi chorych, biednych, bezdomnych, to przeżywanie życia nie dla zdobyczy i posiadania.

Pójdź za Nim, to wziąć krzyż... cierpienia, kłopotów, zranień, obowiązków ponad miarę.

Pójdź za Nim, to naśladować Go w tym co robił, co mówił i jak żył.

Wielcy tego świata zapraszają do naśladowania ich życia pełnego sukcesu i światła reflektorów, obiecują radość z posiadania, która w konsekwencji prowadzi do rozczarowań, łez i pustki. Wybór jest pomiędzy być i mieć, pomiędzy życiem w pełni i istnieniem w pustce, pomiędzy prawdą i kłamstwem.

Ty decydujesz o wyborze.

**Życzenia: Błogosławionych dni Wielkiego Postu w refleksji a za kilkanaście dni, niech błogosławi Pan Zmartwychwstały, za dobro niech dobrem nieba obdarzy. Wszystkim koleżankom i kolegom życzy KSPiPP – Oddział Wojewódzki w Łodzi z asystentem kościelnym ks Juliuszem Lasoniem.**

**Informacje: Dzień Skupienia dla pracowników lecznictwa odbędzie się 17 marca w godz. 10.00–14.00 w kaplicy św. Krzysztofa o. Jezuitów przy ul Sienkiewicza 60.**



## Rzecznik ds. Seniorów przy Urzędzie Miasta Łodzi

mgr ELŻBIETA MIELCZAREK-PANKIEWICZ

**W**edług informacji Przewodniczącej Miejskiej Rady Seniorów/MRS – p. Janiny Tropisz – w ciągu roku od podjęcia uchwały o konieczności powołania Rzecznika ds. Seniorów – udało się tę inicjatywę zrealizować i 29 stycznia 2018 r. w UMŁ odbyło się pierwsze spotkanie kilkudziesięciu seniorów z nowo powołanym Rzecznikiem ds. Seniorów – p. Celiną Maciejewską.

Rzecznik jest znaną wieloletnią wolontariuszką i działaczką, w tym na rzecz seniorów, min. w ramach edukacji cyfrowej. Pani C. Maciejewska dyżuruje w poniedziałki, wtorki i czwartki w UM Łodzi przy Zachodniej 47, w pokoju 128. Natomiast członkowie Rady Seniorów pełnią dyżury w tym samym gmachu w środy, w pokoju nr 22.

Rzecznik przedstawiła główne problemy i formy aktywizacji seniorów w Łodzi, których w naszym mieście żyje około 200 tysięcy, co stanowi już 26 proc. ogólnej liczby mieszkańców. Tak duża i powiększająca się grupa społeczna powinna mieć coraz więcej do powiedzenia i zrobienia. Od jej inicjatywy oraz „siły przebicia” będzie zależeć teraźniejszość i przyszłość starzejącej się populacji. Główne obecne trudności rosnącej grupy starszych Łodzian, to:

- zjawisko „singularyzacji” kobiet, czyli liczbowej przewagi jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez samotne seniorki,
- mała liczba DPS i długie oczekiwanie na uzyskanie w nich miejsca, a także niekorzystna tendencja do łączenia – organizowania dużych domów opieki, zamiast bardziej „kamealnych” miejsc zamieszkania starych osób,
- wzrastające opłaty za opiekę nad seniorami,
- brak zorganizowanej opieki domowej, zwłaszcza po zakończonej hospitalizacji,
- trudno dostępne uniwersytety trzeciego wieku/UTW,
- problemy finansowo-mieszkaniowe – związane z niskimi dochodami, wysokimi czynszami w mieszkaniach komu-

nalnych oraz trudnościami z zamianą tych mieszkań np. na mniejsze,

- niedostateczna komunikacja miejska (liczne przesiadki, wysokie stopnie w pojazdach/brak „peronów”), fatalny stan techniczny dróg, chodników i wysokie krawężniki na przejściach, itd., itp. liczne trudności mieszkańców Łodzi, zwłaszcza niepełnosprawnych.

Plan działania Rzecznika ds. Seniorów, to:

- indywidualne spotkania z seniorami
- interwencje indywidualne i grupowe
- współpraca z instytucjami
- programy konsultacyjne skierowane do seniorów
- wspieranie seniorów w ich działalności społecznej
- podejmowanie inicjatyw na rzecz seniorów
- współpraca z Miejską Radą Seniorów oraz Oddziałem ds. Seniorów UMŁ
- edukacja cyfrowa seniorów.

Dotychczas w Łodzi z myślą o seniorach i ich aktywizacji – głównie „kulturalno-oświatowej” – poza Miejską Radą pracuje przy UMŁ także Oddział ds. Seniorów (są to struktury Wydziału Kultury UMŁ). Ponadto działają centra aktywnego seniora przy dzielnicowych domach kultury, pracownia aktywnych w Sukcesji. Na terenie Łodzi pracują także uniwersytety trzeciego wieku – niekiedy trudno dostępne ze względów finansowych czy niewygodnego usytuowania.

Główne przedsięwzięcia na rzecz seniorów, to m.in.: Telefon Życzliwości (tu liczy się pomoc dalszych wolontariuszy), majowe coroczne Senioralia, tzw. Tytka Seniora, Łódzka Karta Seniora, a ostatnio dostępna – przy Snycerskiej 8, w pok. 27 – Wojewódzka Karta Seniora. W Krakowie istnieje możliwość otrzymania Ogólnopolskiej Karty Seniora. W kilku miastach wydawany jest poczytny „Głos Seniora” (dostępny w Internecie).

Od lutego 2018 r. rozpoczyna działalność Centrum Zdrowego i Aktywnego Seniora przy Szpitalnej 6 (tel. 42 638 50 32), którego celem będzie udzielanie bezpłatnych porad zdrowotnych i wszechstronna działalność prozdrowotna oraz rehabilitacja seniorów. Planowane będzie rozszerzenie działalności Centrum poprzez powoływanie sieci takich struktur Wydziału Zdrowia UMŁ ma terenie pozostałych dzielnic miasta.

Podczas kończącej spotkanie dyskusji zebrani zgłosili poniższe uwagi i propozycje:

- problemy w Łodzi z uzyskiwaniem dopłat do turnusów rehabilitacyjnych,
- konieczność kształtowania konkretnej polityki senioralnej w Łodzi
- kontynuowanie spotkań seniorów w UMŁ
- podejmowanie starań o pozyskiwanie grantów na działalność społeczną seniorów
- przejawianie aktywności i konsekwencji oraz podejmowanie konkretnych działań na rzecz poprawy jakości życia seniorów w Łodzi
- zacieśnianie współpracy seniorów z młodzieżą
- zwiększanie wszechstronnej aktywności psychofizycznej i społecznej seniorów, w tym poprzez powstawanie osiedlowych klubów seniorów, sprzyjających różnorodnej aktywności i sprawności seniorów, gdyż polscy seniorzy zbyt często zamykają się w czterech ścianach i koncentrują tylko na problemach zdrowotnych oraz pomocy rodzinie kosztem własnego życia i zdrowia.

mgr Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz  
członek ZOW PTP i Koła PTP  
oraz Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych przy OIPIP



**Z**drowie to nasze największe bogactwo, zaś jego tajemnica dla współczesnych uczonych jest nadal zagadką. Ludzie mieszkający na obszarach, gdzie nie dotarła cywilizacja – żyją skromnie, ale zdrowo, gdyż potrafią przeżyć w dobrym zdrowiu nawet 150 lat (dolina plemienia Hunza).

To powinno być wskazówką dla współczesnego człowieka: ignoranta zdrowia, czasem zapracowanego czy hedonisty-leniwca. Zdrowy człowiek oddala od siebie widmo choroby, śmierci, jakby to dotyczyło innych i było poza nim. Zaczyna myśleć o zdrowiu, gdy go utraci. "Szlachetne zdrowie, nikt się nie dowie, jako smakujesz, aż się zepsujesz", pisał Kochanowski.

Uczonych oraz przede wszystkim osoby już starsze fascynują ludzie, którzy żyli ponad 100 lat, a także ci „długowieczni”, którzy nadal cieszą się egzystencją w naszej cywilizacji. Specjaliści z poszczególnych dziedzin medycyny, filozofowie i inni wskazują na swoje obserwacje, które determinują zdrowie.

Aby organizm działał sprawnie Decimus Junius Juvenalis (55 r.n.e.) mówił: „Zdrowy duch w zdrowym ciele” (potem to powiedzenie przypisywano Talesowi). Współcześni ludzie widzą związek między zdrowiem psychicznym a zdrowiem fizycznym. Powstała nowa gałąź – medycyna holistyczna, która mówi, że należy leczyć cały organizm człowieka – osobę, nie ograniczając się do określonej choroby lub chorego narządu. Niezbędna jest troska o stan ciała, umysłu, ducha, które wzajemnie wpływają na siebie.

Wzajemne oddziaływanie sfery psychicznej i somatycznej wynika z psychofizycznej jedności człowieka – dlatego optymizm, niepoddawanie się są czynnikami, które wpływają na odzyskanie zdrowia psychofizycznego. Znamy przykłady ludzi, którzy nie poddali się chorobie i pokonali ograniczenia własnego ciała po jego uszkodzeniu (sportowcy, ludzie po wypadkach komunikacyjnych) lub skutek wyniszczenia go procesem chorobowym (profesor Stephen Hawking – czynny astrofizyk, brytyjski naukowiec, poruszający się na wózku inwalidzkim). Czy przykłady ludzi, którzy „ograniczyli” swoje wady genetyczne pokonując swoje ograniczenia, radząc sobie bez korzystania z pomocy innych, jak Jessica Cox (kobieta bez kończyn górnych) z Arizony, która

uzyskała tytuł licencjonowanego pilota, malarze malujący ustami czy palcami nóg itd. Mamy także przykłady osób (piosenkarzy, artystów), które pokonały swoje zaburzenia psychiczne (depresje). Tych ostatnich przykładów jest mniej, ponieważ obniżony nastrój, depresja są dla wielu ludzi wstydlwym problemem, który łatwiej ukryć przed światem.

Te przykłady powinny być motywacją i wsparciem dla ludzi, którzy chcą odzyskać zdrowie psychofizyczne. Gdy studiuujemy dzieje ich życia, widzimy, że wymagało to od nich wielu wyrzeczeń i ciężkiej pracy. Porzekadło ludowe mówi: „Bez pracy nie ma kołaczy” i te osoby są jego doskonałym przykładem. Zapewne też wzięły sobie do serca powiedzenie Seneki: „Część leczenia zależy od woli wyleczenia”.

W procesie odzyskiwania utraconego zdrowia największym zaufaniem cieszy się medycyna konwencjonalna. Współczesna cywilizacja poprzez media i reklamy w pewnym stopniu narzuca człowiekowi myślenie wmawiając mu, że nie musi

STANISŁAWA  
DZWONKOWSKA

## Odzyskać zdrowie



ponosić wysiłku w odzyskanie zdrowia: „Jedna tabletką i po bólu”. Człowiek nie zastanawia się, nie zdaje sobie sprawy, że ból jest wynikiem i sygnałem toczącej się lub rozwijającej się choroby. Pacjenci – wierząc w siłę leków i zapewnienia lekarzy: „Przepiszę panu(i) tabletki i to pomoże” – także odzyskują zdrowie. Farmakoterapia jest skuteczną formą leczenia, szybką metodą odzyskiwania zdrowia. Jednak człowiek zapomina, że na ulotce na temat stosowania leku są informacje o jego skutkach ubocznych. Dowodzi to ignorancji czy niecierpliwości współczesnego człowieka.

Zapewne każdy z nas nieraz doznał takiego zjawiska, że to co odczuwał emocjonalnie często przekładało się to na jego samopoczucie fizyczne. Mogą to potwierdzić studenci, którzy ciężką sesję egzaminacyjną odraęwiają osłabieniem fizycznym. Niestety, niektórym ludziom trudno uznać faktyczną korelację między ciałem a psychiką. Mam na myśli osoby, u których na powstanie choroby miał wpływ permanentny stres spowodowany wpływem negatywnych emocji. Potwierdzeniem są badania dr Candace Pert, pionierki badań nad stresem, która powiedziała: „Nikt nie doznaje emocji jedynie w „sercu” czy „psychice”. Emocja dociera do nas raczej w formie reakcji chemicznych, mających miejsce w ciele

i mózgu. Te reakcje zachodzą zarówno na poziomie narządów – żołądka, serca, mięśni itp. – jak i na poziomie komórkowym”. Szkoda, że o tym zapominają niektórzy współcześni i odbija się to na ich zdrowiu w postaci różnych chorób (układu krążenia, nowotworów itd.). Marcus Aurelius kiedyś powiedział: „Twoje życie będzie takie, jakim uczynią je Twoje myśli”.

Duży wpływ na odzyskanie zdrowia ma także wiara człowieka. Osoba silnej wiary znosi łatwiej porażki, ale i łatwiej odzyskuje zdrowie. Udowodnił to dr Harold G. Koenig z Duke University. Jego badania wykazały, że pacjenci, którzy twierdzą, iż żyją dzięki wierze, odznaczają się zmniejszoną o jedną trzecią umieralnością w porównaniu z pacjentami pozbawionymi uczuć religijnych. Ostatnio w polskich kościołach odbywają się spotkania uzdrawiające, na których widać wpływ głębokiej wiary na odzyskanie zdrowia. Zaufanie Bogu-lekarzowi daje bardzo dużą siłę motywacyjną katolikowi i łatwiej jest mu pokonać lęk związany ze swoją słabością oraz negatywnymi emocjami i w konsekwencji odzyskać zdrowie.

W równym stopniu zaufanie medycynie konwencjonalnej i lekarzowi prowadzącemu daje pozytywne rezultaty. Mamy tego przykłady na co dzień, ponieważ większość obecnych pacjentów korzysta z medycyny klasycznej.

Dr Max Gerson wskazuje jednak też inną drogę do odzyskania zdrowia – poprzez zastosowanie sprawdzonego programu żywieniowego. Wyleczył on kilkuset pacjentów, którym medycyna konwencjonalna nie była w stanie pomóc. Prof. Albert Schweitzer, laureat Nagrody Nobla, uważa dr Gersona za jednego z największych geniuszy w historii medycyny. Współcześni lekarze – „naturopaci” – wykorzystują do leczenia pacjenta Naturę – stosując ziołolecznictwo, terapię oddechem, światłem, muzyką itd. Ostatnio dużą popularnością cieszy się Jerzy Zięba (popierany przez niektórych lekarzy), który naturoterapią zajmuje się ponad 20 lat. Prowadzi wykłady dotyczące prostych metod leczenia i zapobiegania chorobom bez stosowania środków sztucznie syntetyzowanych.

Niestety, istnieją również błędne metody odzyskiwania zdrowia. Mam na myśli poddanie się leczeniu niekonwencjonalnemu „lekarzy”, którzy swoimi znachorskimi technikami, np. dietą, różdżką, wahałkami itp., niepopartymi badaniami naukowymi, szkodzą ludziom (ostatni głośny przykład przestępstwa znachora, który leczył półroczne dziecko kozim mlekiem i rozwodnionymi kaszkami).

Z powyższych moich rozmyślań wynika, że zdrowie można odzyskać, jak i stracić, na wiele sposobów. W dużej mierze zależy to od nas samych! Musimy pamiętać, że jesteśmy „kowalami” swojego życia i zdrowia. Współczesne społeczeństwo, szczególnie młode pokolenie, nie myśli o śmierci, wydaje mu się, że zawsze będzie zdrowe, odżywia się byle jak, nie śpi wystarczająco długo, prowadzi niehigieniczny tryb życia itd. – nie zna zagrożeń (nie chce ich poznać), które niesie cywilizacja, postęp techniczny.

Jean-Paul Sartre powiedział: „Wszystko już zostało wymyślone, oprócz tego jak mamy żyć”. Jakość naszego życia zależy od nas samych i należy to przypominać młodym pokoleniom (nawet medykom), ponieważ wydaje im się, że są niezniszczalni.

## Podziękowanie

W związku z przejściem na emeryturę naszej **Naczelnej Pielęgniarki mgr Jolanty Surowiec** składamy serdeczne podziękowania za wieloletnią współpracę, za wspólnie przeżywane radości i smutki pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr W. Biegańskiego w Łodzi.

Chwile takie jak ta powodują zwykle, że staramy się dokonać bilansu i podsumowania. Chcielibyśmy, by podsumowując swoją karierę, wzięła Pani pod uwagę, oprócz ciężkiej pracy, chwil radosnych i smutnych, również inne, jak wdzięczność wszystkim tym, którym pomagała Pani służąc swoją wiedzą, doświadczeniem i zrozumieniem problemów, z jakimi się zmierzali.

Przeżyła Pani wspólnie z naszym szpitalem wiele różnych momentów i zawirowań. Mamy za sobą wspaniałe czasy i trudne momenty. Zmieniały się strategie, koncepcje i cele. Dla Pani, niezależnie od tego co działo się dookoła, zawsze najważniejsza była podstawowa zasada, a mianowicie dobroć i profesjonalizm w pracy pielęgniarek i pielęgniarzy.

Droga Pani Naczelnia! Dziękujemy za te lata, poświęcenie i oddanie, lojalność oraz trud włożony w pracę z naszym zespołem pielęgniarskim. Wyrażamy także nadzieję, że nie zapomni Pani o nas i podobnie jak my będziemy dobrze wspominać spędzone wspólnie chwile. Życząc samych pogodnych i radosnych dni, najlepszego zdrowia, pogodnego ducha, dostatku i samych miłych chwil na emeryturze.

Pielęgniarki i Pielęgniarze  
z Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala  
im. dr Władysława Biegańskiego w Łodzi

Serdeczne podziękowania na ręce **Pani Moniki Michalak** – Naczelnej Pielęgniarki Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. M. Pirogowa w Łodzi – składam dla całego Zespołu Pielęgniarek i Oddziałowej – **Pani Violetcie Tylki** – Oddziału Chorób Wewnętrznych II – oraz **Pani Joannie Golec** – Pielęgniarki Epidemiologicznej – za fachową opiekę, okazane serce, wsparcie przy udzielanych świadczeniach, ale przede wszystkim za wyjątkową empatię i godność, jaką każdego dnia niesiecie wykonując swój zawód.

Dziękuję również Zespołowi Lekarzy – **Pani E. Zawadowskiej, Panu S. Skowronowi** oraz **Panu T. Brot** – za okazaną fachową pomoc medyczną.

J. i A. Kałuźni



To nie miało tak być, Jadziu  
mając przed sobą jeszcze cały świat  
– być już najbliżej Boga

Odeszłaś tak niespodziewanie.  
Byłaś wspaniałą, mądrą kobietą,  
kochającą oddaną matką,  
pracowitą i zawsze pełną energii pielęgniarką.

Z żalem i smutkiem zegnamy zmarłą w dniu 21 grudnia 2017 r.

**śp. Jadwigę Kaczmarek**

wieloletnią pielęgniarkę USK nr. 1 im. N. Barlickiego

Z żalem zegnamy Naszą Koleżankę Położną

**śp. Barbarę Markiewicz**

zmarłą 19 stycznia 2018 r. w wieku 69 lat

Cał swoje zawodowe życie przepracowała w ZOZ Łódź-Śródmieście.  
Basiu, byłaś oddaną położną i wspaniałą koleżanką

Położne z ZOZ Łódź-Śródmieście

„...Śmierć tak punktualna ,że zawsze nie w porę...”  
ks. Jan Twardowski

Z żalem i ogromnym smutkiem przyjęliśmy wiadomość ,  
że 30 stycznia 2018 r. odeszła od nas Pielęgniarka

**śp. Dorota Murgrabia**

Dziękujemy Ci, Dorotko, że byłaś z nami.  
Odeszłaś od nas pozostawiając po sobie szacunek  
i wspomnienie dobrego człowieka

Pielęgniarki i Położne  
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego  
im. S. Rybickiego w Skierniewicach

## 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	13	13	10	15	19	–	–	18	16	20	11
Komisja Pielęgniarek Rodzinnych (3 wtorki m-ca)	14.00	16	20	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 Pielęgniarek Nefrologicznych (środy)	16.00	3	7	–	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	14	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](mailto:biuro@oipp.lodz.pl)  
[www.oipp.lodz.pl](http://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	8	9	10	11	12	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						