

ISSN 1640-7679

Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

11/2016



14 listopada
Światowy
Dzień
Walki z Cukrzycą

Stanowisko
w sprawie propozycji
MZ dotyczącej
wprowadzenia
zmian systemowych
w obszarze kształcenia

4

Nowe akty prawne
IV-X 2016

6

Obciążenie
emocjonalne.
Jak sobie radzić?

14

Czy i jak możemy
„zapanować” nad
cukrzycą?

17



14 października 2016 r.
godz. 9:00

Aspekty prawne wykonywania
zawodu pielęgniarki operacyjnej
w świetle aktualnych przepisów.

Centrum Konferencyjne Biuro OIPiP - Łódź ul. Wolności 138

I Konferencja Naukowo-Szkoleniowa

Aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarki operacyjnej w świetle aktualnych przepisów

fol. Marek Czernek



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

Agnieszka Kałużna

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

Maria Kowalczyk

Skarbnik ORPiP w Łodzi

Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Małgorzata Pniak

dyżuruje w II i IV środę miesiąca

tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

Edyta Ziemkiewicz

dyżuruje w I i III czwartek miesiąca

w godz. 15.00–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

Joanna Gąsiorowska

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

Biurowisko 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**

wtorek: 11.00–17.30; środa: 10.00–15.00; czwartek: 8.30–15.00

piątek: 10.00–15.30

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

DZIAŁ PRAWNY

6

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE

9

PRAKTYKA ZAWODOWA

11

GŁOS ZE ŚRODOWISKA

17

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: © lightsource – okładka;

© lightpoet – s. 14; © lightsource – s. 17;

© macrovector – s. 19; © LeeSnider – s. 20

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

Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

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

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

VI posiedzenie ORPiP – 20 września 2016 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 5 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 10 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Dokonano wpisu zmiany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki, poprzez wpisanie nowego miejsca udzielania świadczeń w innym podmiocie leczniczym.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktykę pielęgniarki, zgodnie z wnioskiem.
- ▶ Rozpoznano 4 odwołania od decyzji odmownych w sprawie dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych:
 - przyznano 1 dofinansowanie do kosztów uczestnictwa w szkoleniu specjalizacyjnym – wnioskodawca przedłożył oryginał faktury;
 - nie uwzględniono wniosków 3 osób ze względów na: złożenie wniosków po regulaminowym terminie lub faktura wystawiona na firmę a nie imienna na wnioskodawcę jako członka samorządu (zgodnie z wpisem w p wz).
- ▶ Zatwierdzono:
 - upoważnienie Prezydium ORPiP do przeprowadzenia naboru i zatrudnienia na stanowisku II Specjalisty ds. kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi (wakat);
 - politykę rachunkowości OIPiP w Łodzi – zmiany dostosowawcze w związku z uzyskaniem wpisu do rejestru placówek oświatowych NPKU OIPiP w Łodzi;
 - organizację i zakres działania składnicy akt OIPiP w Łodzi;
 - regulamin organizacyjny kształcenia podyplomowego zawierający zasady organizacji i finansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych prowadzonego przez OIPiP w Łodzi;
 - doprecyzowaną Uchwałę Nr 862/VI ORPiP w Łodzi z dnia 8 października 2013 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu zawodowego w różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego: „Nie będą honorowane faktury na działalność gospodarczą, w tym jednoosobową.” – t.j. regulaminu dostępny na stronie internetowej OIPiP;

- sfinansowanie udziału przedstawicieli OIPiP w Łodzi w debacie: *Psychiatria – współczesne kierunki rozwoju* w Warszawie w dniu 4 października 2016 r. i szkoleniu: *Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie*, dla pielęgniarek i położnych środowiskowych w Warszawie w dniach 6–7 października 2016 r.;
- sfinansowanie kosztów naprawy fantomów do ćwiczeń w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- zmiany w planie szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w 2016 roku – dodano, zgodnie z wnioskami, realizację w zakładach: 3 edycji kursów specjalistycznych i 1 edycję kursu kwalifikacyjnego. Aktualny plan szkoleń i kursów jest dostępny na stronie internetowej OIPiP oraz bieżących informacji udziela dział kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych OIPiP;
- realizację 6 szkoleń specjalizacyjnych rozpoczynających się 2016 r.: 2 szkolenia w ramach umowy z Ministrem Zdrowia w dziedzinie: *Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki*, dla pielęgniarek, *Pielęgniarstwo internistyczne*, dla pielęgniarek; 4 szkolenia finansowane z budżetu OIPiP w Łodzi na podstawie liczby zgłoszeń spełniających wymogi określone w programie, w dziedzinie: *Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki*, dla pielęgniarek, *Pielęgniarstwo internistyczne*, dla pielęgniarek, *Pielęgniarstwo chirurgiczne*, dla pielęgniarek oraz *Pielęgniarstwo pediatryczne*, dla pielęgniarek;
- kadre dydaktyczną dla 3 kursów specjalistycznych i 1 szkolenia specjalizacyjnego organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi w zakładach i w OIPiP;
- zmiany dotyczące komisji problemowej OIPiP w Łodzi: wykreślono 2 pielęgniarki ze składu osobowego Komisji Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodowego;
- pokrycie kosztów instalacji i montażu dwóch czujek pożarowych OSD23 w pomieszczeniu składnicy akt OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do komisji egzaminacyjnej – 1 kursu specjalistycznego u organizatora kształcenia.
 - ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowisko kierownicze w podmiocie leczniczym – 1 zastępcy dyrektora ds. opieki zdrowotnej.

XII posiedzenie Prezydium ORPiP – 11 października 2016 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 12 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarki/pielęgniary do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki i 2 pielęgniary.

- ▶ Wpisano położne do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 8 pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 3 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 – 7 praktyk pielęgniarek, 1 praktyka pielęgniarska i 1 praktyka położnej wykonywanych w podmiotach.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Dokonano wpisu i wpisu zmiany danych w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – wpisano: 1 szkolenie specjalizacyjne i 4 kursy kwalifikacyjne oraz wpisano zmianę danych w zakresie 2 kursów specjalistycznych poprzez dodanie kolejnych miejsc prowadzenia zajęć.
- ▶ 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 po odbytych przeszkoleniu – 1 pielęgniarsce;
 - skierowano na przeszkolenie – 1 pielęgniarkę;
 - wyrażono zgodę na przeszkolenie na podstawie umowy o pracę – 1 pielęgniarsce.

- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w sympozjum – 1 osobie.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi zapomogi losowe, w wysokości: 1 × 2000 zł, 1 × 1200 zł i 1 × 800 zł.
- ▶ Zatwierdzono:
 - honorarium dla 1 autora artykułu opublikowanego w Biuletynie OIPiP Nr 7–9/2016;
 - kadre dydaktyczną dla 4 kursów specjalistycznych finansowanych i organizowanych przez OIPiP w Łodzi w zakładach;
 - objęcie patronatem honorowym OIPiP w Łodzi konferencji naukowo-szkoleniowej *Opieka nad dzieckiem i matką w okresie połogu – problemy żywieniowe, psychologiczne i aspekty prawne opieki położnej rodzinnej* w Łodzi, organizowaną przez doradcę ds. żywienia niemowląt i dzieci firmy Nestlé Polska s.a. we współpracy z Komisją Położnych OIPiP w Łodzi w dniu 26 listopada 2016 r. Komunikat zamieszczony na s. 3, Biuletynu;
 - koszty udziału 2 członków Komisji Położnych OIPiP w Łodzi w IV Małopolskiej Konferencji dla Położnych *Położna 2016* w Niepołomicach w dniach 18–19 listopada 2016 r.;
 - koszty udziału 2 osób w szkoleniu i konwencji organizowanym przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w Warszawie w październiku 2016 r.;
 - koszty zakupu uroczystych strojów zawodowych pielęgniarki, pielęgniarska i położnej dla poczty sztandarowej OIPiP w Łodzi;
 - pokrycia kosztów: corocznego przeglądu stanu technicznego budynku OIPiP w Łodzi, zakupu odkurzacza.
 - ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnej: 2 szkoleń specjalizacyjnych, 7 kursów kwalifikacyjnych i 2 kursów specjalistycznych u 3 organizatorów kształcenia.

KOMUNIKAT DLA POŁOŻNYCH RODZINNYCH

Zapraszamy na bezpłatną konferencję naukowo-szkoleniową dla położnych rodzinnych

„Opieka nad dzieckiem i matką w okresie połogu – problemy żywieniowe, psychologiczne i aspekty prawne opieki położnej rodzinnej”

w dniu 26 listopada 2016 r. w godzinach 9.00–16.00
w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (1 piętro, s. 25), ul. Emilii Plater 34
 organizowaną przez: Monikę Krzewicką – doradcę ds. żywienia niemowląt i dzieci firmy Nestlé Polska s.a. we współpracy z Komisją Położnych OIPiP w Łodzi

Tematy konferencji m.in.: najczęstsze problemy wieku noworodkowego; aspekty psychologiczne i psychiatryczne w trakcie połogu; standardy postępowania medycznego; prawa, obowiązki, odpowiedzialność i ochrona prawna położnej rodzinnej.

Każdy uczestnik szkolenia otrzyma certyfikat. W przerwach konferencji poczęstunek. Zgłoszenie przyjmuje i udziela informacji Monika Krzewicka – doradca ds. żywienia niemowląt i dzieci firmy Nestlé Polska s.a. pod numerem tel. 600 630 217. Liczba miejsc ograniczona.



Stanowisko
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
z dnia 18 października 2016 r.

**w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych
w obszarze kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek**

Wyrażamy stanowczy sprzeciw w związku z planowanym przez Ministra Zdrowia projektem zmian w kształceniu przeddyplomowym pielęgniarek **polegającym na powrocie do koncepcji kształcenia z okresu powojennego**, czyli przywróceniu modelu zawodu pielęgniarki jako pomocniczego, a nie samodzielnej profesji medycznej, funkcjonującej zgodnie ze standardami międzynarodowymi. Nie wyrażamy zgody na stosowanie przemocy politycznej w odniesieniu do jednej z kluczowych grup zawodowych w ochronie zdrowia, tj. ponad trzystutysięcznego środowiska pielęgniarek i położnych oraz zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów, jakie planowane zmiany mogą spowodować.

Uzasadnienie:

1. Organizacje pielęgniarskie, reprezentując całe środowisko pielęgniarek i położnych w Polsce oraz działając na rzecz ochrony interesów społeczeństwa, wyraziły swoje zaniepokojenie i sprzeciw wobec zamierzeń rządu, które dotyczą zmiany systemu kształcenia przeddyplomowego w zawodzie pielęgniarki. Stronie rządowej przedstawiono wspólne Stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 lipca 2016 r., które zostało poparte podczas XIII Kongresu Pielęgniarek Polskich w dniu 15 września 2016 r. w Warszawie przez pielęgniarskie towarzystwa specjalistyczne. Niestety, aktualne działania Ministra Zdrowia są sprzeczne z wskazanym Stanowiskiem.
2. Przedstawiony przez Ministra Zdrowia w piśmie z dnia 3 października 2016 r. sygn. PRL.022.1281.2016.AK projekt zmian w systemie kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek, przekazany do Ministra Edukacji wraz z projektem zmian ustawowych, nie był przygotowywany w porozumieniu z głównymi adresatami tych zmian, czyli pielęgniarkami. Powstał przy pełnej wiedzy Ministra Zdrowia w zakresie braku zgody pielęgniarek na zmiany polegające na deprecjacji naszego zawodu. Działania Ministra Zdrowia są w naszej ocenie formą przemocy politycznej, a nie działaniem dla dobra pacjentów i pielęgniarek.

3. Nasze głębokie zaniepokojenie budzi również wykazany w przedłożonym przez Ministra Zdrowia projekcie brak rozumienia prawa europejskiego, odnoszącego się do kształcenia pielęgniarek i uruchamianie działań, które stanowią jawne pogwałcenie obowiązujących Dyrektyw 2005/36/EC oraz 2013/55/EU, które dotyczą wzajemnego uznawania kwalifikacji.
4. Współczesne pielęgniarstwo to samodzielna profesja medyczna o wysokim poziomie kompetencji i szczegółowo regulowanym systemie kształcenia, a jednocześnie zawód zaufania publicznego, mający kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. Tytuł zawodowy pielęgniarki jest prawnie chroniony i nie może być utożsamiany z grupą zawodową personelu przygotowanego do zadań pomocniczych w systemie ochrony zdrowia, czy opieki społecznej. Byłby to powrót do definicji zawodu z lat 50. i 70. ubiegłego wieku.
5. Wyniki badań naukowych jednoznacznie pokazują, że istnieje ścisły związek między poziomem wykształcenia pielęgniarek, a bezpieczeństwem pacjentów. Edukacja pielęgniarek na poziomie licencyjnym, zgodna z aktualnie obowiązującymi regulacjami prawa unijnego, koreluje z uzyskiwanymi efektami świadczeń medycznych – powoduje wzrost jakości opieki oraz spadek liczby zdarzeń niepożądanych, takich jak: zakażenia, odleżyny, rehospitalizacje, wydłużony pobyt pacjenta w szpitalu, upadki oraz zgony pacjentów. Każdy 10% wzrost zatrudnienia pielęgniarek z tytułem licencjata w oddziale szpitalnym powoduje obniżenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń niepożądanych o 7% (Aiken et al., 2014, Wójcik-Wieczorek B., 2016). Wyższy poziom kształcenia oraz coraz szersze kompetencje pielęgniarek gwarantują bezpieczeństwo pacjenta, co powinno być kluczowym kryterium w planowanych zmianach, które dotyczą kadr medycznych.
6. Odnosząc się do potrzeby pilnego rozwiązania niedoboru personelu opiekuńczego i pielęgniarskiego w placówkach ochrony zdrowia, oczekujemy od Ministra Zdrowia zarówno strategii działań w zakresie wzmocnienia i promocji zawodu pielęgniarki w Polsce, jak i długofalowej strategii rozwoju zasobów ludzkich w ochronie zdrowia, a nie doraźnych działań prowadzących do eskalacji konfliktu w sektorze zdrowia i dalszego pogarszania bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.
7. W imieniu środowiska pielęgniarskiego żądamy niezwłocznej realizacji rekomendacji zawartych w dokumencie „Zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze. Rekomendacje i ich realizacja”, zaakceptowanym przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia w dniu 2 września 2015 roku. Niezbędne są konstruktywne, długofalowe działania rządu w zakresie poprawy zabezpieczenia dostępności do opieki pielęgniarskiej w naszym kraju.

Prezes ZG PTP

Grażyna Wójcik

Przewodnicząca OZZPiP

Lucyna Dargiewicz

Prezes NRPiP

Zofia Małas



Nowe akty prawne IV-X 2016 r.

**Dz.U. 2016 r. poz. 1070
USTAWA**

z dnia 10 czerwca 2016 r.

o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Dz.U. 2016 r. poz. 1117

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 11 lipca 2016 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym w środowisku pracy

Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 296) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2012 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy (Dz. U. poz. 890), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy (Dz. U. poz. 1090)

Dz.U. 2016 r. poz. 1120

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 15 lipca 2016 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie centralnego rejestru niespokrewnionych dawców szpiku i krwi pępowinowej

Na podstawie art. 16 ust. 8 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2015 r. poz. 793, 1893 i 1991)

Dz.U. 2016 r. poz. 1132

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 7 lipca 2016 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem

Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 296) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1514)

Dz.U. 2016 r. poz. 1251

OBWIESZCZENIE MARSZAŁKA SEJMU

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

z dnia 22 lipca 2016 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

Na podstawie art. 16 ust. 1 zdanie pierwsze ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 296) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435)

Dz.U. 2016 r. poz. 1331

USTAWA

z dnia 22 lipca 2016 r.

o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych

Dz.U. 2016 r. poz. 1355

USTAWA

z dnia 21 lipca 2016 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Dz.U. 2016 r. poz. 1360

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 24 sierpnia 2016 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne

Na podstawie art. 15 a ust. 8 pkt 3–6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251)

Dz.U. 2016 r. poz. 1362

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 24 sierpnia 2016 r.

w sprawie Krajowego Rejestru Nowotworów

Na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.)

Dz.U. 2016 r. poz. 1393

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 24 sierpnia 2016 r.

w sprawie wykazu nowych substancji psychoaktywnych

Na podstawie art. 44b ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2016 r. poz. 224 i 437)

Dz.U. 2016 r. poz. 1418

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 6 września 2016 r.

w sprawie metody zapobiegania odrze

Na podstawie art. 3 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.)

Dz.U. 2016 r. poz. 1456

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 9 września 2016 r.

w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2017 r.

Na podstawie art. 2 ust. 5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2015 r. poz. 2008 oraz z 2016 r. poz. 1265)

Dz.U. 2016 r. poz. 1488

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 9 września 2016 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy związanej z występowaniem w miejscu pracy czynników chemicznych

Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 296) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2004 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy związanej z występowaniem w miejscu pracy czynników chemicznych (Dz. U. z 2005 r. poz. 86),

Dz.U. 2016 r. poz. 1492

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 4 sierpnia 2016 r.

w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020

Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916)

Dz.U. 2016 r. poz. 1535

OBWIESZCZENIE MARSZAŁKA SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

z dnia 8 września 2016 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia

Na podstawie art. 16 ust. 1 zdanie pierwsze ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 296) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636)

Dz.U. 2016 r. poz. 1538

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 15 września 2016 r.

w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2017 r.

Na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2014 r. poz. 332 oraz z 2016 r. poz. 823)

Dz.U. 2016 r. poz. 1555

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 22 września 2016 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.)

Dz.U. 2016 r. poz. 1601

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ŚRODOWISKA

z dnia 23 września 2016 r.

w sprawie szczegółowych warunków uznania odpadów niebezpiecznych za odpady inne niż niebezpieczne

Na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2013 r. poz. 21, z późn. zm.)

Dz.U. 2016 r. poz. 1567

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 21 września 2016 r.

w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 55 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.)

Dz.U. 2016 r. poz. 1607

**OBWIESZCZENIE MINISTRA RODZINY,
PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ**

z dnia 14 września 2016 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie warunków wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą dla pracowników zatrudnionych w niektórych państwowych jednostkach budżetowych działających w ochronie zdrowia

Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 296 i 1579) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 kwietnia 2008 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą dla pracowników zatrudnionych w niektórych państwowych jednostkach budżetowych działających w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2014 r. poz. 889), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 16 lipca 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie warunków wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą dla pracowników zatrudnionych w niektórych państwowych jednostkach budżetowych działających w ochronie zdrowia

Dz.U. 2016 r. poz. 1665

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 13 września 2016 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych

Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 296 i 1579) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. poz. 435)

Dz.U. 2016 r. poz. 1666

**OBWIESZCZENIE MARSZAŁKA SEJMU
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

z dnia 8 września 2016 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Kodeks pracy

Na podstawie art. 16 ust. 1 zdanie pierwsze ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 296 i 1579) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502)

Dz.U. 2016 r. poz. 1674

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 29 września 2016 r.

w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów

Na podstawie art. 36 ust. 7 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2015 r. poz. 793, 1893 i 1991)

Dz.U. 2016 r. poz. 1709

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 5 października 2016 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości

Na podstawie art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 879 i 960)

Dz.U. 2016 r. poz. 1724

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 14 października 2016 r.

w sprawie badań lekarskich oraz zabiegów sanitarnych ciała i odzieży cudzoziemca ubiegającego się o udzielenie ochrony międzynarodowej

Na podstawie art. 81 ust. 5 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r. poz. 680, z 2013 r. poz. 1650, z 2014 r. poz. 1004, z 2015 r. poz. 1607 oraz z 2016 r. poz. 783)

Sprawozdanie z XI Ogólnopolskiej Konferencji Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Naczelnych Pielęgniarek i Przełożonych

W dniach 26–29 września 2016 r. w Kołobrzegu pod honorowym patronatem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych odbyła się XI Ogólnopolska Konferencja Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Naczelnych Pielęgniarek i Przełożonych zorganizowana przez Polskie Centrum Edukacji.

Podczas konferencji poruszono zagadnienia:

- grafikowanie czasu pracy,
- elektroniczna dokumentacja medyczna,
- jakość i bezpieczeństwo opieki w podmiotach leczniczych – zdarzenia niepożądane i zakażenia szpitalne,
- outsourcing usług pielęgniarskich jako element zarządzania zasobami w ochronie zdrowia,
- niektóre aspekty odpowiedzialności z tytułu nadzoru w sytuacji wystąpienia niepożądanych zdarzeń medycznych z winy podległego personelu pielęgniarskiego,
- wybrane problemy procesu akredytacji z zakresu bezpieczeństwa medycznego pacjenta leczonego w szpitalu,
- normy czasu pracy pielęgniarek i położnych,
- poprawna komunikacja drogą do porozumienia i przeciwdziałania zmęczeniu zawodowemu.

Wykładem, o którym należy szerzej opowiedzieć, jest prelekcja dr n. med. Pawła Grzesiowskiego. W swoim wystąpieniu przedstawił zdarzenia niepożądane jako nieodłączny element działalności w każdej dziedzinie. Uważa jednak, że w medycynie zdarzenia niepożądane mogą mieć bardzo poważne, a wręcz tragiczne skutki. Zapobieganie im leży w interesie każdej placówki prowadzącej działalność medyczną, a jednym ze sposobów może być poddanie się różnego rodzaju okresowym certyfikacjom czy akredytacjom. Jednak żeby te procesy oceny jakości przyniosły rezultat, należy przeprowadzić głęboką analizę najczęściej występujących zdarzeń niepożądanych w danej placówce. Doktor Grześkowiak pokrótce nakreślił również sytuację epidemiologiczną kraju, która ulega niekorzystnym zmianom związanym ze wzrostem zakażeń objawowych wywołanych przez wielooporne patogeny alarmowe. Coraz starszy wiek pacjentów, przedłużająca się hospitalizacja, przepełnienie na oddziałach zachowawczych oraz redukcja personelu powoduje, że środowisko szpitalne staje się zagrożeniem dla pacjentów i dlatego należy wdrażać programy jakościowe i dążyć do ograniczenia zdarzeń niepożądanych.

Tematykę bezpieczeństwa medycznego poruszała również dr n. med. Sylwia Marczevska – wizytator Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. Prelegentka zwróciła uwagę na rozbudowaną dokumentację medyczną prowadzoną przez personel pielęgniarski. Formularze, które są włączone do dokumentacji, powinny podlegać okresowym analizom, co pozwoliłoby na odrzucenie tych, które nie są wymagane przepisami formalno-prawnymi i z których trudno wyciągnąć wnioski. Doktor Marczevska podała również przykłady błędów we wpisach, z którymi jako wizytator często się

Coraz starszy wiek naszych pacjentów, przedłużająca się hospitalizacja, przepełnienie na oddziałach zachowawczych oraz redukcja personelu powoduje, że środowisko szpitalne staje się zagrożeniem dla pacjentów i dlatego należy wdrażać programy jakościowe i dążyć do ograniczenia zdarzeń niepożądanych.

spotyka, np. lakoniczne obserwacje, powielające się informacje o pacjentach, opisywanie pacjentów, którymi pielęgniarka nie zajmowała się na dyżurze, „zapoznavanie z topografią oddziału” pacjenta nieprzytomnego. Trudno nie zgodzić się z prelegentką, że brakuje czasu i personelu na prowadzenie dokumentacji według procesu pielęgnowania.

Największe emocje wzbudziło wystąpienie Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – Zofii Małas, podczas którego, oprócz norm czasu pracy, szeroko dyskutowano na tematy związane z kształceniem przed i podyplomowym, nowej siatki plac oraz komunikatem Ministerstwa Zdrowia w sprawie wykonywania przez pielęgniarki i położne zadań wynikających z procesu leczenia i realizacji zadań, zleceń lekarskich, w tym podawania leków różnymi drogami.

Konferencję zakończono rozdaniem certyfikatów.

Anna Krystek
Bożena Łuszczczyńska

Komisja Pielęgniarek Operacyjnych przy OIPIP w Łodzi
I Konferencję Naukowo-Szkoleniową



14 października 2016 r.
godz. 9:00

Aspekty prawne wykonywania
zawodu pielęgniarki operacyjnej
w świetle aktualnych przepisów.

Centrum Konferencyjno-Biznesowe SYNERGIA • Łódź, ul. Wólczańska 134



W dniu 14 października 2014 r. odbyła się w Łodzi I Konferencja Naukowo-Szkoleniowa zorganizowana przez Komisję Pielęgniarek Operacyjnych działających przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na temat: „Aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarki operacyjnej w świetle aktualnych przepisów”.

Konferencję rozpoczęła Pani Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi mgr Agnieszka Kałużna, która w krótkiej prezentacji przedstawiła sytuację polskich pielęgniarek w oparciu o dane demograficzne i statystyczne dotyczące zarejestrowanych pielęgniarek w Polsce oraz w okręgu łódzkim, co spotkało się z dużym zainteresowaniem słuchaczy.

Pierwszym prelegentem był dr Jacek Markuszewski z Kliniki Ortopedii Ogólnej, Onkologicznej i Traumatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Podczas swojego wystąpienia przedstawił najważniejsze założenia i cele Konsensusu Filadelfijskiego oraz omówił tematy dotyczące środowiska operacyjnego, m.in.: jak często należy zmieniać rękawiczki podczas trwania zabiegów operacyjnych, czy liczba bakterii w środowisku sali operacyjnej jest bezpośrednio skorelowana z prawdopodobieństwem zakażenia miejsca operowanego, jakich zaleceń należy przestrzegać w zakresie ruchu w sali operacyjnej itp.

Bardzo ciekawą prezentację przedstawiła dr n. praw. Małgorzata Serwach – adiunkt w Katedrze Prawa Cywilnego

Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego oraz w Katedrze Polityki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Medycznego. Tematem wiodącym tej prelekcji były zagadnienia dotyczące rodzajów odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek w świetle ustawowych przepisów, poparte przykładami, oraz omówienie obowiązującej dokumentacji medycznej na przykładzie okołoperacyjnej karty kontroli rekomendowanej przez CMJ w Krakowie oraz WHO.

Jak dotąd, prowadzenie okołoperacyjnej karty kontrolnej jest jednym z wymogów standardów akredytacyjnych określonych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali.

Prezentacja dr Serwach wzbudziła duże zainteresowanie, zadawano pytania dotyczące wykonywania pracy na bloku operacyjnym, jak rozwiązywać dylematy zawodowe na blokach operacyjnych.

Kolejną była prezentacja Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej mgr Małgorzaty Pniak ma temat odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki w świetle ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz w oparciu o Kodeks Etyki Zawodowej.

Czwartą prezentację przedstawił dyrektor regionalnego Trumpf Medical Polska Włodzimierz Wohna na temat wyposażenia, standardów architektonicznych, jakie powinny być spełnione podczas tworzenia sali hybrydowej, procedur medycznych, jakie są realizowane na takiej sali, czyli nowoczesnych wyzwań technologicznych XXI wieku.

Na zakończenie I Konferencji Naukowo-Szkoleniowej poświęconej pielęgniarkom operacyjnym została przedstawiona prezentacja przez dr n. med. Edytę Owsiak, instrumentariuszkę z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM-CSW w Łodzi na temat: „Analiza narażenia członków zespołu operacyjnego na promieniowanie jonizujące podczas zabiegów ortopedycznych”. Prelegentka omówiła w swojej pracy narażenie na promieniowanie jonizujące zespołu operacyjnego, kto jest najbardziej narażony na taką ekspozycję oraz przedstawiła swoje wnioski wynikające z badań przeprowadzonych na licznych blokach operacyjnych w Łodzi. Prezentacja bardzo ciekawa, szczególnie dla osób pracujących tam, gdzie standardowo jest używana skopia śródoperacyjna, czyli tzw. ramię C.

Wszystkie wystąpienia były bardzo ciekawe, wniosły wiele ważnych informacji dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki operacyjnej w oparciu o wymogi prawne i nowoczesne osiągnięcia w medycynie poparte badaniami i założeniami Konsensusu Filadelfijskiego.

Konferencji towarzyszyły liczne wystawy firm medycznych prezentujące jednorazowy sprzęt medyczny, ochronną odzież operacyjną, system ogrzewania pacjenta, czyli zapobieganie hipotermii chorego na sali operacyjnej oraz nowoczesny, bezpieczny sposób podgrzewania płynów do zabiegów operacyjnych.

mgr Iwona Żurecka-Sobczak
Przewodnicząca Komisji Pielęgniarek Operacyjnych
specj. w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego i chirurgicznego



mgr DOROTA MARCHEWA

Atopowe zapalenie skóry jako choroba przewlekła



Atopowe zapalenie skóry (AZS) to przewlekła, nawrotowa zapalna choroba skóry, przebiegająca z bardzo silnym świądem i charakterystycznymi zmianami. Zwana jest inaczej wypryskiem atopowym. Nazwa AZS zastąpiła wcześniejsze historyczne określenie: świerzbiączka.

AZS uznawana jest za chorobę cywilizacyjną ze względu na wysoką częstość jej występowania zarówno w Europie, jak i na świecie. Od jakiegoś czasu obserwuje się wzrost zachorowalności, zwłaszcza w krajach rozwiniętych przemysłowo i socjoekonomicznie. Według najnowszych danych, na AZS choruje od 1,5 do 2 mln Polaków.

Choroba może pojawić się w każdym wieku, także u osób dorosłych. Częściej występuje u dziewcząt niż u chłopców, u tych ostatnich obserwuje się natomiast cięższy przebieg schorzenia. AZS jest zaliczane do chorób wieloczynnikowych.

Czynniki genetyczne odpowiadają w 75 proc. za rozwój choroby, w pozostałych 25 proc. – czynniki środowiskowe. Badania wykazały, że około 70 proc. pacjentów z AZS ma obciążony rodzinny wywiad atopowy. Ryzyko rozwoju choroby u dzieci zdrowych rodziców wynosi około 5–15 proc. Jeżeli jedno z rodziców choruje na AZS – ryzyko wynosi 56 proc., natomiast gdy chorują oboje – 80 proc.

Wśród czynników środowiskowych wymienia się: klimat, zanieczyszczenie środowiska (częstsze występowanie u dzieci z dużych miast), alergeny pokarmowe (mleko i jego przetwory, jaja kurze, ryby, orzeszki ziemne), alergeny powietrzno-pochodne (roztocza kurzu domowego, pyłki roślin), alergeny pochodzenia zwierzęcego, bakteryjnego lub grzybiczego, czynniki psychiczne i sytuacje stresowe.

W okresie jesiennym i zimowym obserwuje się zwiększoną zachorowalność (wskutek przebywania w suchych i przegrzanych pomieszczeniach).

Obraz kliniczny AZS

Rozpoznanie choroby opiera się na kryteriach diagnostycznych (sformułowanych przez Hanifina i Rajkę). Dzieli się je na kryteria większe i mniejsze.

Do głównych objawów AZS, z których przynajmniej obecność trzech z czterech potwierdza diagnozę, należą:

- nasilony uporczywy świąd skóry,
- typowe umiejscowienie zmian skórnych,
- przewlekły i nawrotowy przebieg,
- dodatni osobniczy/rodzinny wywiad atopowy (alergiczny nieżyt nosa, astma atopowa, atopowe zapalenie skóry).

Do objawów mniejszych zalicza się: suchość skóry, rybią łuskę, natychmiastowe reakcje skórne, wczesny wiek wystąpienia zmian, łupież biały, nietolerancje pokarmów i wełny,



zaostrenie po zdenerwowaniu, rumień twarzy, podwyższony poziom IgE, rogowacenie przymieszkowe.

W przebiegu AZS, w zależności od wieku pacjenta, obserwuje się trzy okresy, które różnią się od siebie charakterem zmian i lokalizacją.

Pierwsza faza – niemowlęca, w której dominują zmiany rumieniowo-wysiękowe, zlokalizowane głównie na skórze policzków, owłosionej skórze głowy, nasadzie płatków usznych. W ciężkich postaciach stwierdza się rozlane ogniska na tułowiu, pośladkach i kończynach. Najczęściej zmiany skórne powstają między 3 a 6 miesiącem życia, a prawie u wszystkich chorych do 5 roku życia.

Druga faza – dziecięca, występuje do 12 r.ż. Obserwuje się zmiany grudkowo-rumieniowe w zgięciach łokciowych i podkolanowych, na skórze karku, nadgarstkach, okolicach kostek, na twarzy w okolicach oczu i ust. Charakterystyczna jest suchość skóry oraz liczne strupy i przeczosy.

Trzecia faza – młodzieżowa i dorosła, trwa od okresu dojrzewania do późnej starości. Charakteryzuje się lichenizacją skóry (pogrubiałą skórą ze wzmożonym złuszczeniem), licznymi przeczosami, nadżerkami, krwistymi strupami, błyszczącymi jak polakierowane płytki paznokciowe. Zmiany usytuowane są na twarzy (czoło, okolice oczodołów i ust), szyi, górnej części ciała, grzbietach dłoni, obręczach? kończyn dolnych. W okresie pokwitania obserwuje się spadek zachorowalności.

Jakość życia pacjenta z AZS

Jest to choroba niezagrożająca życiu, ale prowadzi do znacznego dyskomfortu chorego i jego najbliższych. Uporczywy świąd oraz zmieniony wygląd znacznie obniżają jakość życia. W zależności od wieku pacjenta, choroba wpływa na różne obszary jego działalności. Często występując u małych dzieci stanowi wyzwanie dla jego rodziców a nawet całej rodziny. Najbardziej dokuczliwy objaw choroby, jakim jest świąd, ma wiele następstw. Między innymi przyczynia się do zaburzeń snu i związanego z nimi przewlekłego zmęczenia, obniżenia nastroju, zaś u dzieci – nadmierną drażliwością i płaczliwością. Dzieci w wieku szkolnym mają zaburzenia zachowania oraz problemy z koncentracją, częstą nieobecnością w szkole,

pogorszeniem wyników w nauce. Stwierdza się też u nich niższe poczucie własnej wartości ze względu na własny wygląd. Pacjent jest bardziej zależny od innych oraz niepewny. Często pojawiają się zaburzenia lękowe oraz depresje.

Im cięższy jest przebieg choroby, tym jakość życia pacjenta jest gorsza.

Leczenie

Leczenie AZS polega głównie na leczeniu objawowym uwzględniającym wielokierunkowość działania. Ma ono na celu zmniejszenie dolegliwości pacjenta, ustąpienie stanu zapalnego skóry i naprawienie uszkodzonej bariery naskórkowej.

Postępowanie uzależnione jest od stanu chorego i obejmuje:

- właściwe pielęgnowanie skóry,
- miejscowe leczenie przeciwzapalne,
- leczenie ogólne,
- eliminację czynników wywołujących lub zaostrzających chorobę.

Niezależnie od postaci i stopnia ciężkości choroby wymagane jest systematyczne pielęgnowanie skóry, edukacja pacjenta, zastosowanie diet eliminacyjnych oraz unikanie alergenów.

Warto pamiętać, że w leczeniu AZS dużą wartość ma balneoterapia. Stąd też zaleca się pacjentom kilkutygodniowy pobyt nad morzem.

Ważnym elementem leczenia, szczególnie w ciężkich i nawrotowych przypadkach AZS, są opatrunki mokre (dwuwarstwowe, wewnętrzny wilgotny nasączony emolientem i/ lub substancją leczniczą, przykładany bezpośrednio na skórę, oraz zewnętrzny suchy). Ochłodzenie i nawilżenie skóry działa przeciwzapalnie, skutecznie zmniejsza świąd, ogranicza drapanie, stanowi ochronę przed czynnikami mechanicznymi i przenikaniem alergenów środowiskowych.

Pielęgnacja skóry

Prawidłowa systematyczna pielęgnacja skóry jest jednym z podstawowych elementów leczenia AZS.

Prawie wszystkim pacjentom (98 proc.), towarzyszy suchość skóry, która nasila się wraz z zaostrzeniem choroby. Skóra sucha to skóra odwodniona, która ulega łatwiejszemu podrażnieniu, pęknięciom, świądowi wywołującemu drapanie, a następnie występuje zaostrzenie choroby (tzw. błędne koło w AZS).

W postępowaniu pielęgnacyjnym dąży się do zwalczania suchości skóry poprzez: stosowanie kąpiele z użyciem emolien-

tów (kremy, emulsje, olejki lub inne, które pomagają zatrzymać wodę we wnętrzu skóry przez wiązanie jej z lipidami skóry oraz pomagają w ich odbudowie), osuszanie skóry przez dotyk miękkim ręcznikiem, unikanie gwałtownego i zbyt silnego pocierania, natłuszczenie skóry w ciągu 3 minut po kąpiele (co zapobiega parowaniu i wysychaniu naskórka), stosowanie emolientów do natłuszczenia/nawilżania co najmniej dwa razy dziennie lub częściej, w zależności od stanu skóry, zachowanie odpowiedniej temperatury otoczenia (18–20°C) i wilgotności (70–80 proc.), kąpiele w lekko kwaśnej wodzie o temperaturze do 30°C (czas trwania kąpiele nie powinien przekraczać 5 minut), unikanie obcisłych ubrań, dostosowanych do pory roku. Warto zwrócić uwagę na prawidłowe stosowanie miejscowo glikokortykosteroidów (w postaci maści, kremów). Należy pamiętać o właściwej ilości, częstotliwości oraz czasu aplikowanego leku. Wszystko powinno stosować się zgodnie z zaleceniami lekarza, by uniknąć działań niepożądanych, m.in. ścieńczenia skóry, zakażeń.

Działania profilaktyczne

Ze względu na przewlekłość i czas trwania choroby, nierzadko przez całe życie, ważne jest unikanie czynników wywołujących i zaostrzających przebieg choroby.

Dlatego chorzy powinni unikać: nadmiernego wysiłku fizycznego, uprawiania sportów, noszenia wełnianej odzieży (wełna drażni skórę), wczesnego przebijania uszu u dziewczynek i noszenia biżuterii zawierającej nikiel (sprzyja rozwojowi alergii kontaktowej), przebywania w gorących i zadymionych pomieszczeniach, stresu, infekcji.

Profilaktyka pierwotna – dotyczy dzieci z grup ryzyka, której celem jest zapobieganie rozwojowi choroby. Do tych zadań zalicza się: przedłużenie karmienia piersią (ogranicza występowanie niepożądanych reakcji, pokrywa wszystkie potrzeby żywieniowe, jest naturalnym i najbardziej wartościowym pokarmem, np. zawiera m.in. substancje immunologiczne), niepalenie tytoniu w ciąży, ograniczenie ekspozycji na alergeny powietrzno pochodne, ograniczenia dietetyczne. Należy pamiętać, że skóra pełni funkcję ochronną organizmu przed działaniem szkodliwych czynników, stąd też już w okresie noworodkowym i niemowlęcym należy zwrócić uwagę na jej właściwe pielęgnowanie, tak by nie niszczyć jej bariery ochronnej. Obecnie przez pediatrów zalecane są kąpiele 2–3 razy w tygodniu z dodatkiem łagodnych środków myjących, które nie zawierają mydła, detergentów i dodatków zapachowych. Kąpiele powinny być krótkie, zakończone osuszeniem skóry przez dotyk. Okolice kroczka i fałdów najlepiej myć pod bieżącą wodą, stosowanie wilgotnych chusteczek powinno ograniczyć się do używania okazjonalnego.

Profilaktyka wtórna – dotyczy osób, u których występują wczesne objawy choroby, kiedy zalecane jest pielęgnowanie skóry, eliminowanie alergenów, unikanie czynników drażniących, poradnictwo zawodowe. Atopowe zapalenie skóry ogranicza chorą możliwość wyboru zawodu, takiego jak piekarnik, fryzjer, malarz czy ogrodnik itp., ponieważ nie jest wskazana praca, która wymaga częstego kontaktu z wodą lub czynnikami drażniącymi i substancjami uczulającymi.

Profilaktyka trzeciej fazy – w jej ramach prowadzi się poradnictwo psychologiczne, edukację chorych, która ma na celu nauczenie kontroli objawów chorobowych i życia z chorobą.

Pacjenci i ich rodziny wspierani są przez fundacje, np. Alabaster, działającej na terenie całej Polski. Chorzy mogą korzystać również z poradnikowych stron internetowych oraz programów edukacji, skierowanych do dzieci chorych i ich rodziców, tzw. szkoły atopii, prowadzonych przez lekarzy dermatologów.

Literatura:

1. Adamski Z., Kapała W.: Pielęgniarstwo w chorobach skóry. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki pielęgniarstwa dermatologicznego. Wydawnictwo Naukowe UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2010; 147–166.
2. Craig N. Burkhart, Dean S. Morrell. Red. naukowa wydania polskiego A. KaszubaWyd. Czelej, Lublin 2014; 158–163.
3. Darlenski R., Kazandjewa J., Hristakiera E., et. al.: Atopic dermatitis in a systemic diseases. Clin Dermatol 2014; 409–413.
4. Jabłońska S., Chorzeński T.: Choroby skóry dla studentów medycyny i lekarzy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994; 168–173.
5. Jarosz M.: Praktyczny podręcznik dietetyki. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2010.
6. Kaszuba A, Kuchciak-Brancewicz M.: Ilustrowana Dermatologia Dziecięca. Podstawowe problemy kliniczne w pytaniach i odpowiedziach. Wyd. Czelej, Lublin 2013; 1–28.
7. Krajewska-Kułak E.: Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek, Część 2. Wyd. Czelej, Lublin 2006; (21):380–390.
8. Kurzawa R.: Atopowe Zapalenie Skóry. Poradnik dla rodziców. Wyd. Help Med, Kraków 2014.
9. Nowicki R.: ABC Atopowego Zapalenia Skóry. AZS w pytaniach i odpowiedziach. Wyd. Termedia, Poznań 2015.
10. Stephen T. Molgate, Martin K. Church, Lawrence M. Lichtenstein.: Alergia. Wyd. Czelej, Lublin 2003; 105–127.
11. Szepietowski J., Reicha A.: Dermatologia – co nowego?, Tom II. Wyd. Cornetis, Wrocław 2011; 125–134, 143–144, 146–151.

mgr piel. Dorota Marchewa
specj. w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego
WSS im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi
Oddział Dermatologii,
Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej,
Klinika Dermatologii,
Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej UM

OKIEM PSYCHOLOGA

Obciążenie emocjonalne. JAK SOBIE RADZIĆ?

mgr AGATA WĘŻYK

Badania Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi na grupie 314 pielęgniarek i położnych pokazały, że 94 proc. ankietowanych oceniło swoją pracę jako obciążającą emocjonalnie. Dla 85 proc. z nich było to stresujące przynajmniej w przeciętnym stopniu. 94 proc. respondentek stwierdziło, że w pracy mogą spotkać się z ekstremalnymi i nieprzewidywalnymi reakcjami innych osób. Dodatkowo 9 na 10 badanych zaznaczyło, że musi podejmować bardzo odpowiedzialne decyzje, a 2/3, że często musi dokonywać wyborów, które prowadzą do wewnętrznych rozterek. Z kolei ponad 80 proc. respondentek wskazało, że są narażone na agresję psychiczną ze strony pacjentów i ich rodzin, a ponad połowa – na agresję fizyczną. Co bardzo niepokojące, aż 1/3 badanych stwierdziła, że w ich miejscu pracy dochodzi do wypadków mobbingu.



Pewien stopień obciążenia emocjonalnego jest charakterystyczny dla wielu profesji, jednak w tzw. zawodach opiekuńczych jest ono szczególnie wysokie. Wynika to z charakteru pracy, której głównym celem jest pomoc innym, niesienie choremu ulgi w cierpieniu fizycznym i psychicznym. Stały kontakt z pacjentami i ich rodzinami oraz relacje między pracownikami są źródłem silnych emocji. Personel medyczny nieustannie styka się z różnymi emocjami i odczuciami: cierpieniem, dyskomfortem, bólem, smutkiem, ulgą, nadzieją... Jak wskazuje Joan Vitello (2007), według dzisiejszych standardów opieka nad pacjentem obejmuje nie tylko dobór i zastosowanie odpowiednich środków pomocy medycznej, ale także – w miarę możliwości – zadbanie o ogólny dobrostan pacjenta, uszanowanie jego wyborów, uwzględnienie preferencji oraz zaspokojenie jego potrzeb fizycznych, emocjonalnych, społecznych i duchowych. Oczywiście, ta praca często jest źródłem satysfakcji i spełnienia, niemniej jednak obfituje ona w sytuacje trudne, obciążające emocjonalnie. Pielęgniarki i położne mają do czynienia w swej pracy z wieloma sytuacjami, wzbudzającymi różnego rodzaju emocje – zarówno pozytywne, jak i negatywne; bywa że bardzo silne: litość, miłość, poczucie bliskości, troskliwość, ale też niecierpliwość, frustracja, złość, poczucie winy, rozgoryczenie, nienawiść. Aby efektywnie wykonywać swoje zadania, muszą umieć opanować te emocje. Muszą także radzić sobie z bardzo różnymi uzasadnionymi i nieuzasadnionymi emocjami innych, począwszy od wdzięczności, szacunku i podziwu, a skończywszy na zazdrości, żalu, pogardzie i wściekłości (Menzies, 1960, Menzies Lyth, 1988).

Już w latach 80. ubiegłego wieku zwrócono uwagę na tzw. pracę emocjonalną (Hochschild, 1983). Dostrzeżono, że w różnych zawodach usługowych, związanych z obsługą klienta,

obowiązują pewne szczególne wymagania dotyczące okazywania określonych emocji, nawet gdy się ich nie odczuwa, a jednocześnie ukrywania innych uczuć. Na przykład niemiłe widziane jest zdradzanie lęku czy obrzydzenia, natomiast pożądane jest wyrażanie sympatii. Brzmi znajomo, prawda? Od pielęgniarek i położnych oczekuje się współczucia, empatii oraz dawania nadziei, pocieszenia pacjenta czy jego rodziny. Z kolei okazywanie takich odczuć, jak strach, niepewność, zdenerwowanie, obrzydzenie czy obojętność są niewskazane. Jeśli dochodzi tylko do zmiany emocji na poziomie ekspresji, stłumienia uczuć (np. pielęgniarka uśmiecha się, choć wewnątrz gotuje się ze złości, okazuje współczucie, choć tak naprawdę pozostaje obojętna), to mówimy o płytkiej pracy emocjonalnej. Jeżeli jednak zmiana obejmuje odczuwanie emocji (i w efekcie zmianę ekspresji emocji), to mamy do czynienia z tzw. głęboką pracą emocjonalną. Na przykład, gdy pielęgniarkę irytuje „marudzący” pacjent, może ona sztucznie się uśmiechać i po raz kolejny wejść do sali, a w duchu go przeklinać (płytką pracą emocjonalną) albo dokonać reinterpretacji jego zachowania i pomyśleć, że np. człowiek ten w gruncie rzeczy nie chce jej denerwować, lecz sam jest w trudnej sytuacji i nie może sobie poradzić – to powoduje, że zaczyna rzeczywiście mu współczuć i to współczucie wyraża (głęboka praca emocjonalna). Praca emocjonalna sama w sobie nie jest zła – nikt przecież nie chciałby, aby opiekowała się nim zirytowana, wystraszona czy zubożona pielęgniarka. Problem tkwi jednak w tym, że regulacja emocji niezbędna w pracy emocjonalnej wymaga sporego wysiłku i wiąże się z kosztami fizjologicznymi i psychologicznymi. Może też przyczyniać się do obniżenia satysfakcji z pracy i pojawienia się wypalenia zawodowego (Hochschild, 1983). Jest to szczególnie prawdziwe w przypadku płytkiej pracy emocjonalnej. Jak pokazują wyniki

Wszystkie emocje, również te nieprzyjemne, negatywne odgrywają niezwykle istotną rolę w naszym życiu. Nie bez powodu zostaliśmy wyposażeni w odpowiednie mechanizmy emocjonalne. Otóż „Emocje pomagają nam skierować uwagę na ważne sytuacje i reagować na nie oraz przekazywać innym ludziom nasze intencje” (Zimbardo, Johnson i McCann, 2011, s. 27).

lęk, strach	informują nas o zagrożeniu, a zmiany fizjologiczne (pobudzenie współczulnej części układu nerwowego), które mu towarzyszą sprzyjają reakcji ucieczki przed niebezpieczeństwem
gniew, złość	sygnalizują, że jakieś nasze prawa lub zasoby zostały naruszone i dają energię do walki
smutek, przygnębienie	wiążą się z wyciszeniem, obniżeniem poziomu energii do działania, umożliwiają refleksję na trudną sytuację straty lub głębokiego rozczarowania, zrozumienie konsekwencji danego zdarzenia i w końcu zaplanowania „nowego życia”
obrzydzenie, wstręt	chronią przed szkodliwymi czynnikami (np. zepsutym jedzeniem, czynnikami chorobotwórczymi itp.)
zaskoczenie, zdziwienie	podniesienie brwi w wyrazie zaskoczenia poszerza pole widzenia i umożliwia szybszą reakcję na pojawiający się nowy bodziec
zadowolenie, radość	obniżają aktywność tych części mózgu, które odpowiadają za emocje negatywne i pozwalają organizmowi radzić sobie z ich fizjologicznymi skutkami
życzliwość, czułość i stany pokrewne	aktywizują układ przywspółczulny, przyczyniają się do stanu relaksu, spokoju i zadowolenia, sprzyjających współpracy między ludźmi

źródło: Goleman (1999)

badania, takie „maskowanie” emocji wśród pielęgniarek prowadzi do odczuwania tzw. dysonansu poznawczego, nasilenia poczucia obciążenia i stresu oraz negatywnie wpływa na dobrostan jednostki (Schmidt, 2014), skutkując wyczerpaniem emocjonalnym i depersonalizacją. Z kolei głęboka praca emocjonalna wiąże się z wyższym poczuciem osiągnięć osobistych w pracy (np. Lee i Brotheridge i Lee, 2002) – reinterpretacja poznawcza sytuacji (zmiana myślenia o sytuacji) jest zresztą jedną z częściej polecanych technik radzenia sobie ze stresem i emocjami.

Jak wiemy, obojętność nie jest mile widziana, a tłumienie emocji przynosi tylko chwilową ulgę. Z drugiej strony niekontrolowany gniew czy przygnębienie tak naprawdę nie rozwiązują problemu. Należy więc utrzymać pewną równowagę pomiędzy wyrażaniem emocji i ich tłumieniem. Chodzi o to, aby nie wpływały one negatywnie na życie i wykonywaną pracę. Jedną z kluczowych kwestii jest tutaj swoisty dystans (ale nie obojętność!) do spraw zawodowych. Oczywiście, może pojawić się złość czy irytacja, gdy ktoś nas krytykuje lub ma wobec nas nadmierne oczekiwania. W takiej sytuacji trzeba spróbować rozwiązać problem (ustalić przyczynę krytyki i ją usunąć lub wyjaśnić, dlaczego – jeśli w ogóle – coś poszło nie tak), a nie zamykać się w sobie, obrazić czy wybuchnąć niepohamowanym gniewem. Podobnie w sytuacji, gdy odczuwamy smutek czy poczucie winy – praca personelu medycznego wiąże się z ekspozycją na ból, cierpienie i śmierć innych. Nie sposób przejść wobec tego obojętnie, chyba że ktoś jest zupełnie wypalony lub ma zaburzenia psychiczne. Warto więc pozwolić sobie na chwilę smutku, odreagować sytuację, poszukać wsparcia, porozmawiać o własnych odczuciach lub przepracować to samemu (bardzo dobrym pomysłem jest pisanie dziennika i analizowanie sytuacji silnie nacechowanych emocjami). W wypadku poczucia winy,

musimy pamiętać, że niestety nie jesteśmy wszechmocni, a często nasze możliwości pomocy są znacznie ograniczone. Stawianie sobie zbyt wysokich, niemożliwych do spełnienia, oczekiwań nie sprzyja efektywnemu wykonywaniu pracy. Być może czasem trzeba zrewidować własne standardy, obniżyć je, dostosowując do rzeczywistości. Poczucie winy prawdopodobnie i tak się pojawi, ale warto przemyśleć sytuację na chłodno, zastanowić się, co można było zrobić lepiej (to również bodziec do rozwoju, doskonalenia się, nabywania nowych umiejętności, które mogą przydać się w pracy), a co tak naprawdę pozostawało poza naszą kontrolą i czego nie moglibyśmy zmienić. Innymi słowy, jeśli chcemy poradzić sobie z emocjami, musimy oddzielić je od problemu. Aby racjonalnie przeanalizować sytuację, musimy jednak się uspokoić, opanować, bo silne emocje, niestety, nie sprzyjają logicznemu myśleniu. Istnieje wiele różnych technik, które pozwalają przynajmniej w pewnym stopniu wyciszyć emocje. Czasem wystarczy przysłowiowe „odliczenie do dziesięciu”, aby ochłonąć. Warto również zastosować techniki oddechowe.

Proste ćwiczenie oddechowe

Położ się na plecach, usiądź lub stań prosto. Jeśli trzeba – połóż pasek. Połóż rękę na brzuchu. Weź głęboki wdech, licząc w myślach do pięciu. Poczuj jak Twoja klatka piersiowa wypełnia się powietrzem, jak unosi się ręka na brzuchu. Wstrzymaj powietrze, licząc do pięciu. Wreszcie wypuść powietrze licząc do pięciu, poczuj jak wydychane powietrze zabiera ze sobą nieprzyjemne napięcie. Powtórz kilka razy – z każdym oddechem będziesz coraz bardziej spokojna/spokojny.

Bez wątpienia pielęgniarce i położne muszą być dobrze przygotowane, aby wykonywać swoją pracę w sposób kompetentny, rzetelny i bezpieczny. Jedną z kluczowych kompetencji, umożliwiających radzenie sobie z obciążeniem emocjonalnym i ogólnie ze stresem, jest inteligencja emocjonalna. W potocznym rozumieniu często utożsamia się ją z empatią, ale to duże uproszczenie. Inteligencja emocjonalna to co najmniej kilka specjalnych kompetencji:

- znajomość własnych emocji – samoświadomość, zdolność rozpoznawania uczuć w momencie, kiedy je odczuwamy;
- kierowanie emocjami – panowanie nad sobą, umiejętność dostosowania intensywności emocji do sytuacji (uspokajania się, powściągnięcia nadmiernych emocji, wprawiania się w odpowiedni nastrój);
- motywowanie siebie – zdolność do wzbudzania chęci do działania, wykorzystania emocji negatywnych jako bodźca do rozwoju, umiejętność odraczania gratyfikacji, umiejętność wprowadzania się w stan *flow* (uskrzydlenia);
- rozpoznawanie emocji innych – zdolność empatii, współczucia, wyczuwanie na określone sygnały, umiejętność wyczuwania i nazywania nastrojów oraz potrzeb innych osób;
- nawiązywanie i podtrzymywanie relacji z ludźmi – zdolność kierowania emocjami innych osób, wzbudzania określonych uczuć i wygaszania innych (np. uspokajanie, pocieszenie), okazywania właściwych uczuć (np. unikanie okazywania uczuć, które mogłyby kogoś zranić) (Goleman, 1999).

Co ważne, inteligencję emocjonalną można rozwijać, choć wymaga to – jak w wypadku każdej innej kompetencji – systematycznego treningu. Niektórzy ludzie mają swoiste predyspozycje i dobrze radzą sobie z własnymi i cudzymi emocjami, inni muszą się tego dopiero nauczyć. I jedni, i drudzy powinni jednak stale rozwijać swoje umiejętności w tym zakresie.

Obecnie coraz częściej postuluje się włączenie treningów inteligencji emocjonalnej w proces kształcenia pielęgniarce i położnych (Freshwater i Stickley, 2004, Patterson i Begley, 2011, Dooley, Nagle i East, 2015). Oczywiście, nie jest to lek na całe zło, pomaga jednak nawiązać zdrowe relacje z innymi i radzić sobie z różnymi emocjami oraz stresem.

Literatura u Autorki

mgr Agata Wężyk
Instytut Medycyny Pracy w Łodzi

Jak rozwijać inteligencję emocjonalną i radzić sobie z emocjami – kilka wskazówek:

1 Buduj samoświadomość. Obserwuj siebie w relacjach z innymi, pomyśl jak reagujesz na różne wydarzenia, jak reagujesz w sytuacjach stresujących – narzekasz, obwiniasz siebie lub innych, zamykasz się w sobie? Próbuj nazywać emocje, których doświadczasz w różnych sytuacjach, o różnych porach dnia, pomyśl, jak je odczuwasz, w którym miejscu w ciele się one pojawiają. Zastanów się, jak nawet drobne zmiany w otoczeniu i zachowaniu innych mogą zmieniać Twoje emocje – prowadź dzienniczek, to bardzo ułatwia analizę. Rozmawiaj z innymi o swoich odczuciach i nie bój się szukać wsparcia.

2 Bądź otwarta/otwarty na informacje zwrotne – asertywnie. Nie bierz wszystkiego do siebie, nie obrażaj się za krytykę, nawet jeśli sprawiła Ci przykrość, ale spróbuj wyciągnąć z niej informację o tym, co możesz poprawić, w jakim kierunku się rozwijać; nie obawiaj się przeprosić, jeśli ktoś słusznie Cię skrytykował, ale też nie przepraszasz za to, że żyjesz...

3 Obserwuj, jak inni reagują na Ciebie. Czy zdajesz sobie sprawę z tego, jaki wpływ na innych mają Twoje zachowanie (w tym również wyrażane emocje).

4 Oddychaj głęboko i spokojnie. Fizjologia jest nieubłagana – szybki, płytki oddech, to sygnał dla mózgu, że coś jest nie w porządku, serce przyspiesza, a mięśnie spinają w przygotowaniu do walki lub ucieczki. To wszystko nasila negatywne emocje.

5 Buduj pozytywną samoocenę. Przygotuj listę swoich mocnych stron i zastanów się nad czym jeszcze możesz pracować, co możesz doskonalić, pomyśl jak możesz wykorzystać swoje silne punkty w pracy nad sobą. Nagradzaj się za sukcesy.

6 Myśl o alternatywach. Nawet jeśli jesteś pewna/pewny, że Twoja ocena sytuacji jest właściwa, spróbuj spojrzeć na nią z innej perspektywy. Często przypisujemy innym motywy działania i intencje, których oni naprawdę nie mają. Spróbuj znaleźć inne wyjaśnienie zachowania, które wzbudziło w Tobie gniew czy inną emocję. Postaw się w sytuacji drugiej strony i zastanów nad tym, co dana osoba może myśleć i czuć.

7 Wprowadź się w pozytywny nastrój. Znajdź choć trochę czasu na to, co sprawia Ci przyjemność. Idź na spacer, poćwicz trochę, posłuchaj ulubionej muzyki, wypij dobrą herbatę, przypomnij sobie miłe wydarzenia z przeszłości, np. z wakacji. Uśmiechaj się – uśmiech jest zaraźliwy, więc ludzie też będą się do Ciebie uśmiechać, a Ty poczujesz się lepiej.

8 Poczekaj. Policz do dziesięciu, zanim coś powiesz, szczególnie gdy czujesz jak narastają w Tobie emocje. Przez tę chwilę napięcie powinno opaść, a Ty możesz spojrzeć na sytuację bardziej obiektywnie. Jeśli doświadczasz trudnej sytuacji, daj sobie – w miarę możliwości – dwie minuty na ćwiczenie oddechowe, a potem przyjrzyj się problemowi i spróbuj znaleźć rozwiązanie.



mgr ELŻBIETA MIELCZAREK-PANKIEWICZ

Czy i jak możemy „zapanować” nad cukrzycą?

Będąc w sanatorium, przypadkiem trafiłam na książki poświęcone właściwemu odżywianiu, a że miałam chory cały przewód pokarmowy, przestudiowałam liczne lektury poświęcone tej tematyce. Wielkie wrażenie wywarły na mnie m.in. wydawnictwa: „Mleko – cichy morderca”, „Żyć bez cukru”, „Dieta rozdzielną”, „Odżywianie zgodne z grupą krwi” oraz pozycje z zakresu medycyny wschodniej. Jeszcze będąc kuracjuszką wprowadziłam w swoim odżywianiu radykalne zmiany: w jeden dzień odstawiłam wszelkie produkty zwierzęce. Efekt był niesamowity: przed powrotem do domu ustąpiły moje trwające rok bóle żołądka, niereagujące na żadne leki!

Cukrzyca – źle leczona – prowadzi do wielu poważnych powikłań: miażdżycy, zawałów serca, udarów mózgu, niewydolności nerek, osłabienia wzroku (ślepoty), trudno gojących się ran (głównie nóg), grzybic, świądu skóry itd.

Odżyłam! Zaczęłam interesować się światem zewnętrznym, ba, podjęłam próby znalezienia sobie jakiegoś przyjaciela; wszak syn dorastał... Poszukiwania odpowiedniego partnera, który choć w części sprostałby moim wymaganiom, nie były łatwe (wszak cały czas tęskniłam za zmarłym Mężem). Ciągle porównywałam panów ze swoim Idealem i żaden nie był tym, którego szukałam...

Aż wreszcie któregoś dnia rozpoczęłam kontakty za pośrednictwem skype z Jerzym. Zaczęła się nasza e-mailowa korespon-

dencja i wielogodzinne rozmowy... Pan mnie tak zafascynował osobowością, że nie odstraszyła mnie nawet informacja, że od wielu lat choruje na cukrzycę, jest otyły i bierze spore dawki insuliny. Pomna jednak na 10-letnią opiekę sprawowaną nad chorym Mężem, wahałam się: czy chcę powtarzać swój dotychczasowy los? Ale Jerzy był poza tym taki kochany... Postawiłam mu warunek: daję ci 2 lata (wspólnej dalszej egzystencji) na rzucenie nadwagi (20–25 kg!). Proszę sobie wyobrazić, że cel ten został osiągnięty przez nas w osiem miesięcy! Obecnie (po kilku latach) Jerzy ma masę ciała należną jego wzrostowi (180 cm) i nie bierze insuliny, bo jej nie potrzebuje! Przeszedł na minimalne dawki leków doustnych. Co spowodowało taką metamorfozę? Przede wszystkim konsekwentne stosowanie się do zaleceń dietetycznych spisanych poniżej, które opracowałam na podstawie licznych książek i własnych doświadczeń. Ponadto – niezależnie od pogody – codzienny spacer, gimnastyka i/lub przejażdżka rowerowa. I tylko (a może aż?) tyle: ruch i dyscyplina dietetyczna. Obecnie mój Ideał jest zdeklarowanym wegetarianinem (weganką jestem tylko ja i też sobie chwalę takie odżywianie), który przechodzi obojętnie obok cukierki oraz sklepów mięsnych. Wypieczał się Jerzy w przyrządzaniu m.in. omletów, klusek z razowych mąk i porannych zup z owsianki, gotowanych bez mleka i cukru,

z dodatkiem bakalii/orzechów, z przyprawami orientalnymi (cynamon, kminek, imbir itp.) lub zielonymi i łagodnymi (koperek, pietruszka itp.). Na obiad jadamy zupy lub warzywa z woka. Przy innych okazjach – trochę owoców i dużo, dużo warzyw w każdej postaci, ale unikając ich przetwarzania, zwłaszcza długiego. Zazwyczaj spożywamy je na surowo bądź z woka lub gotujemy na parze, dodając garść wielu naturalnych przypraw ziołowych (m.in. majeranek, lubczyk itp.), świeży koperek i/lub natkę pietruszki. Warzywa znakomicie

uzupełniają się z różnymi kaszami, roślinami strączkowymi, ciemnym ryżem, razowym makaronem itp. z dodatkiem np. kiszzonego ogórka.

A oto „recepta”, którą znamy niemal na pamięć – zalecenia te stosujemy na co dzień, świadomi że: cukrzyca – źle leczona – prowadzi do wielu poważnych powikłań: miażdżycy, zawałów serca, udarów mózgu, niewydolności nerek, osłabienia wzroku (ślepoty), trudno gojących się ran (głównie nóg), grzybic, świądu skóry itd. Najważniejsze jest zapobieganie tej chorobie poprzez: zmniejszenie masy ciała (otyli żyją krócej),

Podstawą diety, i nie tylko chorych na cukrzycę, jest niespożywanie cukru oraz ograniczenie pokarmów zwierzęcych, zwłaszcza tłustych serów i mięsa, głównie wieprzowego. W diecie powinny dominować warzywa i (w mniejszych ilościach) owoce oraz produkty jak najmniej przetworzone, czyli w naturalnej postaci.

przestrzeganie diety i systematyczny ruch. Podstawą diety, i nie tylko chorych na cukrzycę, jest niespożywanie cukru (który wpływa na indeks glikemiczny pokarmów) oraz ograniczenie pokarmów zwierzęcych, zwłaszcza tłustych serów i mięsa, głównie wieprzowego. W diecie powinny dominować warzywa i (w mniejszych ilościach) owoce oraz produkty jak najmniej przetworzone, czyli w naturalnej postaci. Należy unikać konserw, solenia, wędzenia, pieczenia itd. Trzeba jeść mało, ale często, co 2–4 godziny. Osoba mająca nadwagę powinna w ciągu dnia zjeść w sumie 80 g produktów zbożowych, czyli tylko 2 kromki chleba na dzień, 50 g nabiału – wyłącznie chudego sera, 100 g mięsa drobiowego lub ryby (ale nie wędlin, pasztetów, salcesonu!), łyżkę tłuszczu (wyłącznie roślinnego, np. oleju rzepakowego z pierwszego tłoczenia), 200–300 g warzyw (porcja włoszczyzny) i 150 g owoców (np. mała renetka). Można jeść: razowe pieczywo, kasze, brązowy ryż, chude sery (białe) i mięso (indyk bez skóry), ryby, 2–3 jaja tygodniowo, oleje roślinne, niektóre warzywa i owoce. Zalecane produkty: żytni chleb, np. „Vasa”, płatki wieloziarniste czy z brązowego ryżu, twaróg bez śmietany, pierś z indyka, poledwica z kurczaka, zupy jarzynowe bez zasmażek i śmietany, olej roślinny, brokuły, brukselka, cykorja, kalafior, fasolka szparagowa, kwaśna kapusta i ogórki, inne kapusty, pieczarki, soczewica, soja, cebula, czosnek, grzyby, pomidory, sałata, włoszczyzna, orzechy włoskie i laskowe, pestki słonecznika, siemienia lnianego, lnu, dyni, migdały, kiwi, jabłka. Należy ograniczać: białe (pszenne) pieczywo, ciasta, biały ryż, konserwy, jaja, śmietanę, mleko, żółte sery, masło, mięso i mleko (nadmiar produktów zwierzęcych – białka i tłuszczu – prowadzi do licznych patologii, np. uczuleń, przeziębień, zaparć, chorób nerek, wątroby, stawów, osteoporozy, nowotworów). Nie wolno jeść: cukru, miodu, dżemów, tortów, czekolady, lodów, słodczy, tłustych mięs, kiełbas, smalcu, słoniny, pasztetów, podrobów, salcesonu, majonezu, suszonych owoców, naleśników, pizzy, placków ziemniaczanych, pierogów, gotowanej marchwi, kukurydzy, ziemniaków, buraków, bananów. Przy posiłkach nie należy

łączyć węglowodanów z białkiem, czyli chleba, kasz, ryżu, makaronu (węglowodanów) z mięsem, rybą, nabiałem (tłuszczem i białkiem zwierzęcym). Należy zawsze jeść oddzielnie owoce, najlepiej na czczo, a nie po posiłkach, podobnie jak orzechy – z niczym ich nie łączyć, bo będą ciężkostrawne. Orzechy najlepiej przed jedzeniem wyplukać/sparzyć i/lub namoczyć. Z niczym nie łączyć także mleka (które należy, podobnie jak mięso, ograniczać). Można łączyć: małe porcje kasz, ziemniaków (gotowanych w łupinach i na parze), ciemnego: pieczywa, makaronu, ryżu z tłuszczem z jak

największą ilością warzyw, które można dodawać niemal do wszystkiego. Polecane jest codzienne spożywanie ciepłych „ekspresowych” zup jarzynowych – najlepiej z dowolnych mrożonek – przyrządzanych na patelni, zwanej wokuem: na bardzo gorący olej (w niewielkiej ilości, wystarczy łyżka na samym dnie tej dużej, grubej i głębokiej patelni) wrzucić warzywa (może być mrożonka), szczelnie przykryć, po kilku minutach zalać je bulionem/wywarem z dowolnymi zmieszany (najlepiej zielonymi i łagodnymi) przyprawami, zagotować i spożywać bezpośrednio po przyrządzeniu, z dodatkiem natki pietruszki, koperku, kiszonych ogórków lub kapusty, ewentualnie z grubymi kaszami, brązowym ryżem czy razowym makaronem. Jeść jak najwięcej surowych warzyw i nieco mniej owoców – są najzdrowsze. Jeść powoli, dokładnie żuć, posiłki spożywać co 2–4 godziny (w małych ilościach). Pić herbaty ziołowe i zielone (niewymagające cukru i smakujące – za każdym razem inaczej! – nawet po 2–3 krotnym dolewaniu wody), niegazowaną wodę mineralną. Należy być pod stałą opieką lekarską, wykonywać kilka razy dziennie badania poziomu cukru – u chorych dopuszczalne wahania dzienne od 60–80 do 140–160; pożądana glikemia na czczo – do około 100–110, a dwie godziny po posiłku do 120–140. Przynajmniej raz w roku wykonywać badania krwi, moczu, serca, oczu itd. Często kontrolować ciśnienie tętnicze krwi (pożądane: 130/80). Przynajmniej początkowo należy wszystko, co jemy i robimy dokumentować, najlepiej w „książkowym” kalendarzu, z zaznaczonymi godzinami. Trzeba starać się zasypiać przed północą, codziennie ćwiczyć, jak najczęściej wietrzyć mieszkanie, spacerować, być optymistą, zycliwym, nie denerwować się, ograniczać spożywanie (nadmiernej) ilości leków. Takie postępowanie gwarantuje zdrowe i pogodne życie. Proszę sprawdzić!

Łódź, 2016

mgr Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz
członek PTP oraz Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych przy OIPiP w Łodzi

W dniach 27 i 28 września 2016 r. w Urzędzie Miasta Łodzi odbyły się dwa interesujące spotkania poświęcone problemom starzejącego się społeczeństwa.

Pierwsze – 27 września 2016 r. – było otwartą debatą z udziałem ekspertów (dr I. Iwanickiej z Urzędu Miasta Łodzi, B. Jankowskiego z Regionalnego Centrum Polityki Społecznej, prof. J. Grabowskiego z Uniwersytetu Medycznego, prof. A. Janiszewskiej z Uniwersytetu Łódzkiego) oraz mieszkańców naszego miasta nt.: „Wyzwania demograficzne Łodzi – priorytety w obszarze pracy, zdrowia, edukacji i rozwoju”. Spotkanie to było częścią Programu: „Łódź łączy pokolenia – łódzka polityka demograficzna”, który dotyczy działań w reakcji na wyzwania demograficzne Łodzi – wyludnienie miasta – niską liczbę urodzeń (60 proc. łodzian ma tylko jedno dziecko, pojawia się „intencjonalna bezdzietność” wśród młodych par, rocznie stwierdza się 5–6 tys. urodzeń przy 10 tys. zgonów), wzrost liczby osób starszych (jest ich około 200 tys. w 700-tysięcznym mieście) oraz potrzebę zwiększenia przyjazdu do Łodzi nowych mieszkańców (w ciągu ostatnich kilkunastu lat ubyło ponad 150 tys. łodzian) przez stwarzanie nowych miejsc pracy.

Drugie spotkanie, 28 września 2016 r., było krótką konferencją pt.: „Przestrzeń obywatelska osoby starszej”, którą z okazji Międzynarodowego Dnia Osób Starszych (przypadającego 1 października) prowadziła przewodnicząca Miejskiej Rady Seniorów – Janina Tropisz, z aktywnym udziałem M. Chałasa – członka MRS, prof. P. Szukalskiego z Uniwersytetu Łódzkiego oraz dr. W. Michalskiego z Urzędu Miasta Łodzi.

Podkreślano, że coraz większa liczba ludzi starszych nie powinna być „tsunami” dla społeczeństwa, tylko stanowić pozytywne wyzwanie do działań – inicjatyw rządowych i regionalnych. W Polsce sytuacja seniorów w porównaniu z innymi krajami jest oceniana niedostatecznie, zwłaszcza opieka zdrowotna. W roku 2013 powołano u nas uchwałę RM nt. długofalowej opieki senioralnej w RP wraz z Programem Aktywności Społecznej Osób Starszych – ASOS, w 2015 r. – powstała ustawa o osobach starszych i w tym samym roku – Miejska Rada Seniorów oraz Łódzkie Centrum Referencyjne (jedyne w kraju, drugie w Europie) przy Uniwersytecie Medycznym na rzecz aktywnego

i zdrowego starzenia. Miejska Rada Seniorów zabiega m.in. o powołanie Rzecznika Praw Osób Starszych oraz nowelizację ustaw uwzględniających rozwiązywanie problemów tej grupy społecznej.

W ostatnich latach dla łódzkich seniorów zorganizowano m.in.: oddziały geriatryczne, dzielnicowe centra aktywnego seniora przy domach kultury, Senioralia, miejskie karty seniora, zajęcia edukacyjne (liczne i różnorakie wykłady, kursy – np. komputerowe), kulturalne i rekreacyjne, telefon życzliwości – poradnictwo psychologiczno-prawne, realizowane także przez starszych wolontariuszy itd. W dalszych działaniach konieczne jest np. kontynuowanie aktywizacji (psychofizycznej, edukacyjnej, kulturalnej, rekreacyjnej) seniorów, rozwiązywanie problemów budowlano-mieszaniowych – zamiany na mniejsze i/lub adaptacja mieszkań dla osób starszych, likwidacja barier architektonicznych; rozwinięcie samopomocy, sieci opieki domowej/sąsiedzkiej; domów dziennego pobytu; zapewnienie tanich i ciepłych posiłków, poprawa opieki zdrowotno-społecznej. Istotne jest respektowanie praw seniorów (określonych przez ONZ), w tym do: 1. poszanowania ich godności; 2. uczestnictwa (aktywności); 3. samorealizacji (rozwoju); 4. niezależności (jak najdłuższej); 5. opieki (wszechstronnej).

Prelegenci zwracali m.in. uwagę na to, że ludzie żyją coraz dłużej. Obecnie 60-latkowie (seniorzy młodszy) opiekują się 90-latkami (osobami długowiecznymi). W naszym kraju żyje około 4 tysięcy osób stuletnich. Konieczne jest edukowanie i wychowanie młodych ludzi, którzy z reguły doceniają tylko swoich

dziadków (jako wyjątkowych), natomiast na ogół nie szanują pozostałych seniorów. Tę dyskryminację ze względu na wiek określa się słowem ageizm (czyt. ejdżyzm). Zmniejszaniu uprzedzeń sprzyjają międzypokoleniowe kontakty, współpraca, wzajemne poznawanie się.

I na tym mają polegać dalsze zadania – w ramach hasła: „Łódź łączy pokolenia” – sprzyjające aktywizacji i zapobieganiu wykluczeniu seniorów poprzez wszechstronne zaspokajanie ich potrzeb.

Łódź, 2016

mgr Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz
członek PTP oraz
Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych przy OIPiP w Łodzi

mgr ELŻBIETA MIELCZAREK-PANKIEWICZ

SENIORZY



KOŁO EMERYTOWANYCH PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH

Piękna nasza Polska...

Wycieczka po ziemi małopolskiej

ZDZISŁAWA KULESZA

Pierwszego października 2016 r. wyruszyliśmy na dwudniową wycieczkę, której celem było zwiedzenie m.in. kopalni soli w Bochni, Nowego Wiśnicza, Lipnicy Murowanej oraz Tarnowa.

Dzień pierwszy

Wyjechaliśmy po godz. 7.00 w kierunku Częstochowy. Początkowo było pochmurno, ale stopniowo pogoda się poprawiła i do końca podróży mieliśmy piękną aurę. O godz. 13.00 byliśmy już w Bochni, w najstarszej kopalni soli kamiennej, działającej od 1248 r., wpisanej w roku 2013 na Listę Światowego Dziedzictwa Kulturalnego i Naturalnego UNESCO. Zwiedzanie rozpoczęliśmy od sali, w której ustawiono ogromną maszynę parową z 1909 r. W trzech gablotach są umieszczone eksponaty skał

ze złóż soli kamiennej – z Bochni, Wieliczki i innych kopalni świata – o różnych kształtach i kolorach. W pół godziny później zjechaliśmy 6-osobową górniczą windą 112 m w głąb kopalni, następnie kilka minut jedziemy kolejką. Nasza grupa zostaje podzielona na dwie – jedna idzie z przewodniczką, p. Zofią, druga – z p. Michałem, którzy są ubrani w górnicze mundury mającymi po 29 guzików. Zwiedzanie staje się podróżą w czasie, poczynając od powstania kopalni w epoce neolitu i początkowego wydobywania soli z powierzchni przez odparowywanie wody ze źródeł solankowych, poprzez stopniowe pogłębianie studni, które stały się załączkiem górniczych szybów, a od 1251 r. rozpoczęła się eksploatacja na skalę przemysłową. Spacerując podziemną trasą turystyczną widzieliśmy króla Bolesława Wstydlwego, męża św. Kingi, który przemawiał do nas z portretu, a dwaj genueńscy kupcy po naszym „dzień dobry” w języku włoskim odpowiedzieli nam po polsku. Duch mnicha-cystersa, z którego zakonem wiąże się powstanie kopalni w Bochni, trochę nas przestraszył. Górnicy prostymi narzędziami – kilofem, młotkiem i wiadrem – odrywali ze skały urobek – była to bardzo ciężka praca. Od XIV do XVI w. pojawiały się nowoczesne urządzenia napędzane siłą ludzką bądź końmi, które zjeżdżały do kopalni. Sól należała do króla i przynosiła olbrzymie dochody. W roku 1357 Kazimierz Wielki

(który też przemawiał do turystów), ufundował w Bochni szpital dla górników oraz wydał dokument: „Statut żupny”, który określał zasady rządzące produkcją i sprzedażą soli. Oglądaliśmy wykwyty solne – kolorowe kalafiory, olbrzymie solne bloki, stajnie dla koni, kaplicę z figurami świętych, rzeźby Matki Bożej z różnych części świata.

Bogatsi w wiedzę i przeżycia dzięki naszym przewodnikom, już lekko zmęczeni pojechaliśmy do Nowego Wiśnicza podziwiając z autokaru zamek, pięknie prezentujący się na wzgórzu. Jest to największa zachowana obronna rezydencja barokowa w Polsce. Zamek Kmitów z XV i XVI w., przebudowany w latach 1615–1640 przez Stanisława Lubomirskiego, to twierdza otoczona bastionowymi fortyfikacjami. Zwarty korpus zamku z pięcioma basztami typu pałac-forteca oraz trzema basztami gotycko-renesansowymi. W środku dziedziniec z arkadową galerią, od wschodu – komnaty; w niektórych malowidła i stiuki J. B. Falconiego (np. w kaplicy). W kuchni – kolekcja miedzianych naczyń mieszczkańskich z XVI w. Obejrzelśmy dziedziniec wewnętrzny i kaplicę (z obrazem Jana Matejki) o świetnej akustyce. W salach zgromadzono pochodzące z różnych miejscowości pomniki: Karola Wielkiego, Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Henryka Sienkiewicza oraz Papieża Jana Pawła II. Podziwialiśmy prywatne apartamenty z meblami, obrazami, złotą salą barokową z przechylnymi lustrami, ułatwiającymi gościom przeglądanie się. Sala z makatami ukazuje rozbudowę zamku, a następna – wystawę absolwentów Liceum Plastycznego. Po zamku oprowadzał nas młody przewodnik – dowcipny i o dużej wiedzy – p. Kamil Ziarkowicz. Dzień kończymy obiadową kolacją i noclegiem w hotelu „U Jacka”.

Dzień drugi

Po śniadaniu wyjeżdżamy, podziwiając po drodze piękne krajobrazy górystego terenu, do Lipnicy Murowanej, która miała prawa miejskie od roku 1326 do 1934. Otoczona była murami obronnymi (z zachowanymi do dziś fragmentami), stąd w nazwie Murowana. W rynku – parterowe domy z XVIII i XIX w. z podcieniami, kościół parafialny z 1364 r., odrestaurowany w 1720 r., posąg Matki Bożej z ok. 1420 r. Miejscość ta znana jest nie tylko z konkursu wielkanocnych palm w Niedzielę Palmową, ale również z drewnianego kościółka św. Leonarda, wpisanego w roku 2003 na Listę Światowego

Dziedzictwa. Trudno nie zachwycić się wnętrzem – do którego wprowadziła nas przewodniczka – ascetycznym i pełnym majestatu. Ściany i powały pokrywają polichromie ornamentalne i figuralne. Najstarsza dekoracja na stropach w prezbiterium (z końca XV w.) wykonana za pomocą szablonów; motywy roślinne w odcieniach zieleni, brązu, żółci i błękitu, ściany (XII w.) i nawa (z XIII w.) przedstawiają sceny o tematyce religijnej. Na parapecie chóru malowidła ilustrują dziesięć przykazań. Barokowa ambona wyobraża czterech ewangelistów. Lipnica Murowana to ziemia świętyń (4) i świętych; stąd pochodzi błogosławiony Szymon, św. Urszula i bł. Maria Teresa Ledóchowska. Przybyła właśnie grupa japońskich turystów, wśród których wszystkie kobiety były w kapeluszach.

Następnie pojechaliśmy do Ciężkowic, gdzie zwiedziliśmy rynek z ratuszem, drewniane domy z podcieniami i murek z ławkami. W pobliżu jest rezerwat przyrody: Skamieniałe Miasto; z mostu oglądaliśmy skały o różnych nazwach i historiach, np. Czarownicę. Dotarliśmy też do kompleksu dworsko-parkowego im. I. J. Paderewskiego w Kąsnej Dolnej – miejsca zamieszkania Mistrza w latach 1897–1903. Na cokole – popiersie wielkiego Polaka. Rezydencja dziś zamknięta, ale w domu dla artystów wpisaliśmy się do pamiątkowej książki.

Dojechaliśmy na koniec do Tarnowa, który w okresie renesansu był jednym z najpiękniejszych miast w Polsce. Majestatyczny kościół, bazylika katedralna (Mniejsza) Narodzenia NMP z XIV w., po renowacji w latach 1989–1990 przedstawia się imponująco: ołtarze, rzeźby, epitafia, obrazy, witraże i renesansowe nagrobki rodu Tarnowskich oraz manierystyczne Ostrogskich to dzieła sztuki warte obejrzenia. Starówka jest „perłą renesansu”, jak mówią znawcy sztuki; ponadto – wspaniały ratusz, kamienice o ciekawej architekturze. Już w XVI w. miasto miało wodociąg i kanalizację. Są tu też atrakcje dla dzieci – pomniki kolorowego słonia. Miasto ma również swoich bohaterów: Józefa Bema (1794–1850), Jana Szczepanika (1872–1826) – najwszechstronnejszego polskiego wynalazcy („galicyjskiego geniusza”), m.in. z zakresu tkactwa i fotografii.

Pełni wrażeń opuszczaliśmy piękną Małopolskę, by o godz. 20.00 szczęśliwie dotrzeć do Łodzi.

Zdzisława Kulesza
Koło Emerytowanych Pielegniarek i Położnych przy OIPIP w Łodzi

Droga Redakcjo!

Przesyłam gratulacje i jednocześnie podziękowania dla członków Koła Emerytowanych Pielegniarek i Położnych przy OIPIP za przekazywanie informacji na łamach Biuletynu z wędrowek po ciekawych miejscach w Polsce. Ostatnie, i nie tylko, bardzo obszerne sprawozdanie z Dolnego Śląska, napisane przez Panią Elżbietę Król, z pewnością zachęca do takich właśnie kilkudniowych wycieczek, oderwania się od obowiązków domowych i pracy zawodowej w celu poznania wielu uroczych miejsc i ich historii. W wolnej chwili z grupą pielegniarek z PTPAIO wybierzemy się również śladami Piastów Śląskich.

Dziękuję osobiście także Paniom Zdzisławie Kuleszy oraz Urszuli Gajek i proszę o więcej...

Elżbieta Janiszewska



OCALIĆ OD ZAPOMNIENIA

Uwagi o politycznych, ekonomicznych i społecznych uwarunkowaniach zawodowej działalności Leokadii Serafińskiej

Okres pracy zawodowej Leokadii Serafińskiej przypadł na czas „leczenia ran” politycznych, ekonomicznych i społecznych po 123 latach zaboru ziem polskich, po I wojnie światowej (1914–1918), która dla Łodzi była szczególnie tragiczna, i po wojnie polsko-bolszewickiej (1920 r.). Dwudziestoletni okres niepodległości Polski nie wystarczył na wyrównanie różnic ekonomiczno-społecznych w łódzkim społeczeństwie, a wręcz różnice te uległy niejednokrotnie pogłębieniu.

Trudno było szerzyć kulturę codziennego życia i zasady higieny ogólnej oraz osobistej przy powszechnym w Łodzi braku dostępu do bieżącej wody i często powtarzającym się bezrobociu. Druga wojna światowa znacząco podkopała byt polskiego społeczeństwa. Po roku 1945 też nie było łatwo żyć w Polsce.

Leokadia z Wifanów Serafińska – córka Marty i Józefa, żona Wacława Serafińskiego, mama Wiesławy Kujawy – lekarza pediatry, kochana teściowa Bogdana Kujawy – lekarza ginekologa i położnika, babcia Sławka i Alicji Rychlińskiej, urodziła się 15 lipca 1906 r. w Łodzi, w zamożnej rodzinie mieszczańskiej.

Po ukończeniu (w 1925 r.) Szkoły Położnych, funkcjonującej przy Sanatorium „UNITAS” w Łodzi (obecnie Szpital im.

Pasteura przy ul. Sienkiewicza) rozpoczęła pracę w Szpitalu Położniczym św. Elżbiety usytuowanym przy ul. Dzielnej (obecnie Narutowicza) pod kierunkiem i nadzorem lekarzy położników-ginekologów – dr dr Józefa Fidlera, Wacława Kędzierskiego, Martynowskiego i (niewątpliwie) doświadczonych położnych. W szpitalu tym pracowała do 1938 r. Z miłością i dobrocią przyjmowała porody u biednych bezdomnych młodych kobiet, będących często służącymi w średnio zamożnych i zamożnych rodzinach, a wyrzucanych ze służby tylko dlatego, że sprawcą ciąży był np. syn lub mąż pani domu albo chłopak z sąsiedztwa, obiecujący małżeństwo. Takie sytuacje były w Łodzi powszechne. O ile to było możliwe – L. Serafińska podejmowała negocjacje zmierzające do przyjęcia niemowlaka przez ojca i zawarcia małżeństwa z jego matką. Była zwolenniczką płacenia alimentów przez sprawców poczętych dzieci, którym udowodniono ojcostwo, a także inicjatorką spraw sądowych o ustalenie ojcostwa i łożenie na utrzymanie

Niemieckie władze, okupujące Polskę, nie tolerowały Polaków zatrudnionych na stanowiskach działalności podstawowej w placówkach ochrony zdrowia. Z dniem 31 stycznia 1940 r. L. Serafińska została zwolniona z pracy w tym szpitalu. W latach 1941–1945 i później prowadziła prywatną praktykę położniczo-pielęgniarską. Pacjentkami L. Serafińskiej były kobiety skierowane do niej przez lekarza przed lub po odbytym porodzie, np. w szpitalu, zamieszkałe w okolicach Osiedla J. Montwiłła Mireckiego w Łodzi, na Kozinach, Polesiu oraz bytujące w okolicznych wsiach, np. Mani, Cygance. Nie przyjmowała porodów od mieszkanki Osiedla, gdyż zimą 1940 r. Polacy – mieszkańcy tego terenu – zostali wysiedleni, a ich domy zajęli Niemcy.

Leokadia Serafińska mieszkała przy ul. Jęczmiennej. Znała okolicznych mieszkańców; wszyscy znali ją i szanowali. Sympatię ich zyskała prawie natychmiast po rozpoczęciu domowej praktyki położnej. Uchodziła za najzdolniejszą i najrzęczniejszą

Była zwolenniczką płacenia alimentów przez sprawców poczętych dzieci, którym udowodniono ojcostwo, a także inicjatorką spraw sądowych o ustalenie ojcostwa i łożenie na utrzymanie dziecka. Z całą społecznością szpitalną aktywnie włączała się w proces adopcyjny dziecka. Szukała rodzin zastępczych.

dziecka. Z całą społecznością szpitalną aktywnie włączała się w proces adopcyjny dziecka. Szukała rodzin zastępczych. Jeżeli wszystkie zabiegi zawodziły, a kobieta nie mogła wrócić z niemowlęciem do własnej rodziny (np. na wieś) i nie miała materialnych możliwości samodzielnego wychowywania potomka, wtedy niemowlę zostawało w domu małego dziecka i dalej czekało na adopcję lub rodzinę zastępczą.

Niezależnie od posiadanych kwalifikacji położniczych, Leokadia Serafińska miała wykształcenie i umiejętności z zakresu pielęgniarstwa i 14 kwietnia 1939 r. rozpoczęła pracę w charakterze instrumentariuszki na oddziale położniczo-ginekologicznym Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi im. Prezydenta RP J. Mościckiego (obecnie im. N. Barlickiego).

położną oraz dobrego i mądrego człowieka. W dalszym ciągu otaczała macierzyńską troską biedne środowiska – matki i ich dzieci. Bezinteresownie pomagała przy porodach, darzyła dobrym słowem, a jeżeli było trzeba – także pomocą materialną. Znając środowisko, zabierała do porodu „własną” bieliznę i zostawiała ją biednej rodzinie czy samotnej matce (były to prześcieradła, ręczniki, koszule damskie, dziecięce ubranka, pieluszki – przekazane przez zamożniejsze rodziny). Przestrzegała kobiety przed „oddawaniem” własnego życia i zdrowia w ręce „babeł” trudniących się odbieraniem porodów.

L. Serafińska była niestrudzoną propagatorką przestrzegania higieny osobistej kobiet i otoczenia – szczególnie domowego; była pod tym względem niezwykle wymagająca i konsekwen-

Leokadia Serafińska

mgr MARIA RZEPKOWSKA

Grupa położnych z lekarzem.
L. Serafińska – czwarta od lewej



Personel szpitalny



Sala porodowa



tna w kontrolowaniu realizacji zaleceń i ich skutków. Od kobiet będących w ciąży wymagała np. wczesnego przygotowania bielizny osobistej i pościelowej niezbędnej podczas porodu i położu (bielizna musiała być wyprana i wygotowana). Kształtowała u ciężarnych kobiet potrzebę przygotowania „na czas” wyprawki dla dziecka i z uporem egzekwowała wydane polecenia. Zdarzało się, że jej nakazy i zakazy spotykały się z oporem. Często współczesne jej kobiety i ich najbliższe otoczenie nie łączyło gorączki połogowej i śmierci matki w położu z otaczającym ich brudem.

W okresie międzywojennym i w czasie okupacji niemieckiej śmiertelność matek i ich dzieci była bardzo duża, nie tylko z powodu zaniedbań higienicznych, ale również z powodu niedożywienia, przepracowania, szerzącej się gruźlicy i innych chorób epidemicznych, utrudnionego, często z powodów materialnych, dostępu do lekarza lub dyplomowanej położnej. Bezinteresowne niesienie pomocy rodzącej biednej kobiecie i jej dziecku, ratowanie zdrowia, a często życia p. Serafińska traktowała, w warunkach okupacji niemieckiej, nie tylko jako

Administracyjnej Ogólnej II Instancji, zaświadczył, że ob. Leokadia Serafińska, urodzona w roku 1906 w Łodzi na podstawie przedłożonych dokumentów jest uprawniona do wykonywania zawodu i używania tytułu położnej w Państwie Polskim. W związku z powyższym – została zaangażowana przez Oddział Zdrowia Łódź-Śródmieście do pracy w charakterze położnej terenowej dla tej dzielnicy. W 1954 r. została przeniesiona przez kierownictwo Oddziału Zdrowia Łódź-Polesie do pracy bliżej miejsca zamieszkania i w dzielnicy tej na stanowisku położnej terenowej pracowała do czasu przejścia na emeryturę. Zmarła 8 lutego 2001 r. i została pochowana na cmentarzu pw. św. Antoniego przy ul. Solec w Łodzi (na Mani).

Położna Leokadia Serafińska podczas wieloletniej (1925–1969) pracy pielęgniarsko-położniczej z zaangażowaniem pielęgnowała szczególnie biedne, często bezdomne matki i ich nowo narodzone dzieci. Dostępными metodami zabiegała o poprawę statusu materialnego i społecznego tych kobiet w czasach, w których pozamałżeńskie macierzyństwo wyku-

L. Serafińska była niestrudzoną propagatorką przestrzegania higieny osobistej kobiet i otoczenia – szczególnie domowego; była pod tym względem niezwykle wymagająca i konsekwentna w kontrolowaniu realizacji zaleceń i ich skutków. Od kobiet będących w ciąży wymagała np. wczesnego przygotowania bielizny osobistej i pościelowej niezbędnej podczas porodu i położu.

powinność wynikającą ze złożonego uroczyscie ślubowania (nazywanego powszechnie przysięgą Hipokratesa), ale jako obowiązek patriotyczny. Wzywana była nie tylko do położnic. Proszono ją do gorączkującego sąsiada, chorych na zapalenie płuc, oskrzeli, grypę. Stawiała bańki, stosowała okłady przeciwgorączkowe i kompresy, zmieniała opatrunki na trudno gojących się ranach itp.

19 stycznia 1945 r. Niemcy opuścili Łódź, w ich miejsce wkroczyła Armia Radziecka/Czerwona. Wysiedleni mieszkańcy Osiedla Montwiłła Mireckiego wracali do swoich mieszkań. Pani Leokadii Serafińskiej zatem przybywało pacjentek z tego osiedla i pracy. Nadal była wzywana do porodów o każdej porze dnia i nocy. Bez względu na pogodę – przemierzała pieszo często znaczne odległości do domu rodzącej, nierzadko w deszcz, wiatr, po błocie, którego nie brakowało na wiejskich i miejskich drogach, po śniegu, w mróz. Bywało, choć rzadko, że zamożny gospodarz przyjechał po nią zimą saniami, a latem bryczką.

Po 1945 r. prywatna praktyka zawodowa nie była „mile” widziana przez ówczesne władze polityczne, zatem była stopniowo ograniczana i zastępowana przez państwową służbę zdrowia. Lekarze, pielęgniarki, położne i inny personel działalności podstawowej podlegał weryfikacji, która m.in. polegała na sprawdzeniu formalnych kwalifikacji zawodowych i na ich podstawie władze Łodzi wydawały dokument: Prawo wykonywania zawodu na terenie Polski.

4 października 1949 r. Zarząd Miejski w Łodzi, Wydział Zdrowia Publicznego, w wykonaniu uprawnień Władzy

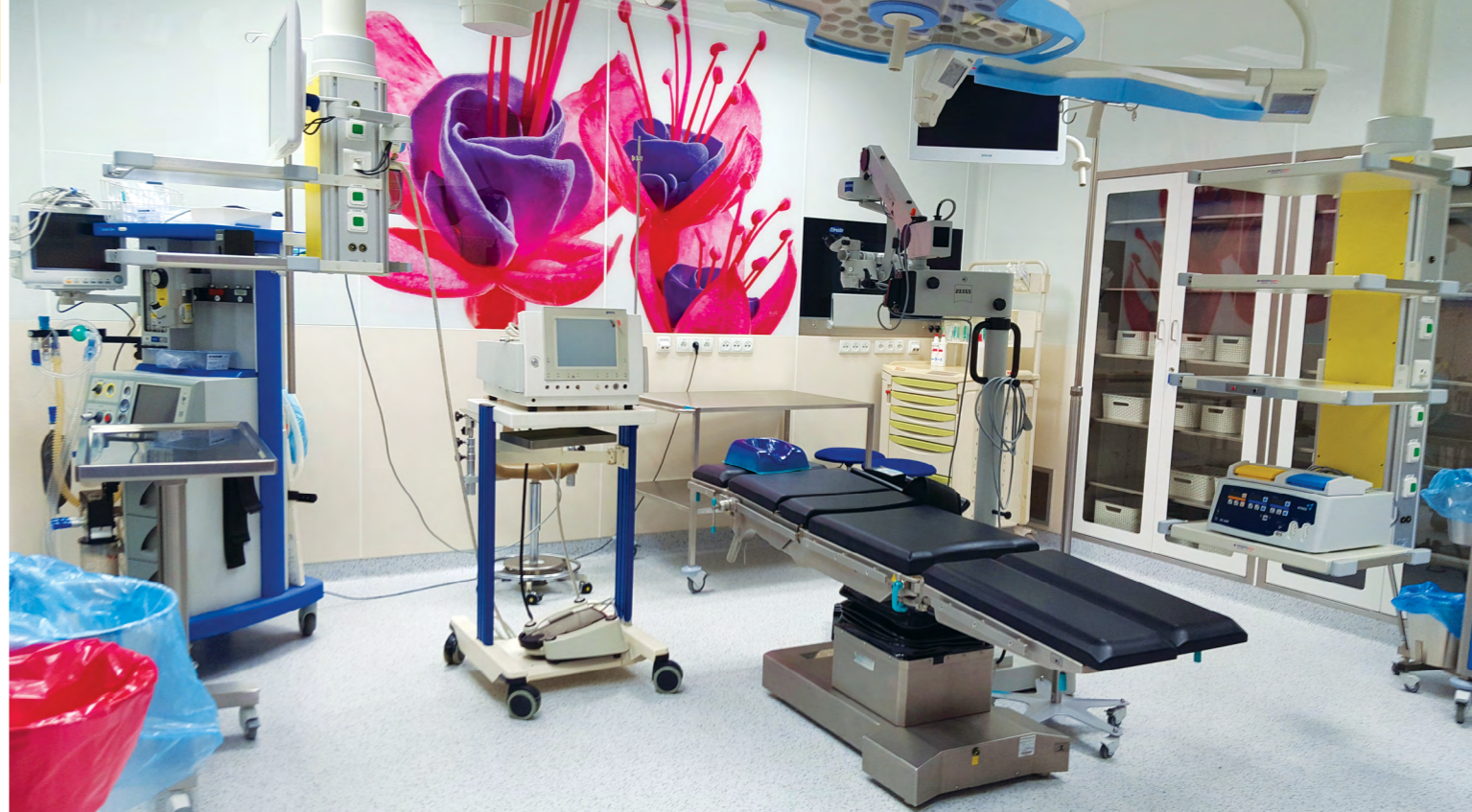
czła je ze społeczności ludzi przyzwoitych, a dziecko takiej matki było do końca życia bękartem. Pracę w charakterze położnej traktowała jak posłannictwo. Realizowała ją według najlepszej wiedzy, stale aktualizowanej, pogłębianej i poszerzanej, najlepszych umiejętności i wrodzonych zdolności, z pełną kulturą zawodową i z przejawianym szacunkiem wobec każdego człowieka. Chociaż nie pełniła funkcji kierowniczych, nie reformowała „socjalistycznej służby zdrowia” i nie była organizatorką pracy w placówkach ochrony zdrowia, to jej szlachetna postać zasługuje na ocalenie od zapomnienia.

Przedstawicielki Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi każdego roku, z okazji Wszystkich Świętych zapalają lampkę pamięci na grobie Leokadii Serafińskiej – wzoru wyjątkowej obowiązkowości, dokładności, troskliwości i kultury.

Wszystkim, którzy przyczynili się do opracowania biografii śp. położnej Leokadii Serafińskiej, szczególnie p. Annie Kawalek-Zarzyckiej, zatrudnionej w Miejskim Centrum Medycznym przy ul. Struga – serdecznie dziękuje autorka – Maria Rzepkowska (z Komisji Historycznej PTP w Łodzi), w posiadaniu której znajdują się wykorzystane kopie fotografii, dokumentów oraz piśmiennictwo i notatki z wywiadów z rodziną i osobami znającymi bohaterkę powyższej biografii.

Łódź, 2016

mgr Maria Rzepkowska
Koło Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych
przy OIPIP w Łodzi



Otwarcie nowego pawilonu Bloku Operacyjnego w Miejskim Centrum Medycznym im. dr. Karola Jonschera w Łodzi

Nowy pawilon z blokiem operacyjnym i oddziałami szpitalnymi otwarto w dniu 6 października 2016 r. Inwestycja za około 34 mln zł umożliwi zwiększenie liczby zabiegów i poprawę jakości leczenia. To inwestycja o europejskim standardzie. W nowym pawilonie o powierzchni ponad 2600 metrów kw., połączonym z pozostałymi szpitalnymi obiektami, funkcjonuje zintegrowany system informatyczny, działa telefonia bezprzewodowa, wejście do poszczególnych oddziałów, bloku operacyjnego reguluje elektroniczny system dostępu.

Nowy blok operacyjny posiada pięć klimatyzowanych sal operacyjnych wykonanych w najnowocześniejszej technologii szklanej zabudowy panelowej, oświetlanych LEDami, wyposażonych w nowoczesny zintegrowany system, zapewniający możliwość wewnętrznej wymiany danych, połączony z systemem diagnostyki obrazowej obecnie już funkcjonującym w szpitalu.

Nowo powstały Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii wyposażony jest w dziewięć specjalistycznych łóżek – do niedawna działający w szpitalu OIOM miał ich sześć.



Gratulacje dla pielęgniarki anestezjologicznej – mgr Elżbiety Szydłowskiej-Cholewy – Kierownika Bloku Operacyjnego Miejskiego Centrum Medycznego im. dr K. Jonschera przy ul. Milionowej 14 w Łodzi, organizatora i koordynatora pracy zespołowej na bloku operacyjnym jako samodzielnej jednostki służącej realizacji procedur operacyjnych różnych oddziałów zabiegowych, mobilizującej zespół pracowników do stałych konstruktywnych zmian.

Elżbieta Szydłowska-Cholewa – magister pielęgniarstwa (Uniwersytet Medyczny w Łodzi, 2007 r.), specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (2012 r.), ukończyła studia podyplomowe na Wydziale Organizacji i Zarządzania „Zarządzanie służbą zdrowia i elementy techniki medycznej” (Politechnika Łódzka, 2010 r.) oraz studia podyplomowe na Wydziale Prawa i Administracji „Prawo medyczne i bioetyka” (Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, 2016 r.)

Składamy gratulacje z życzeniami dalszych sukcesów zawodowych!



**Otwarcie nowego pawilonu
Bloku Operacyjnego
w Miejskim Centrum Medycznym
im. dr. Karola Jonschera w Łodzi**

