

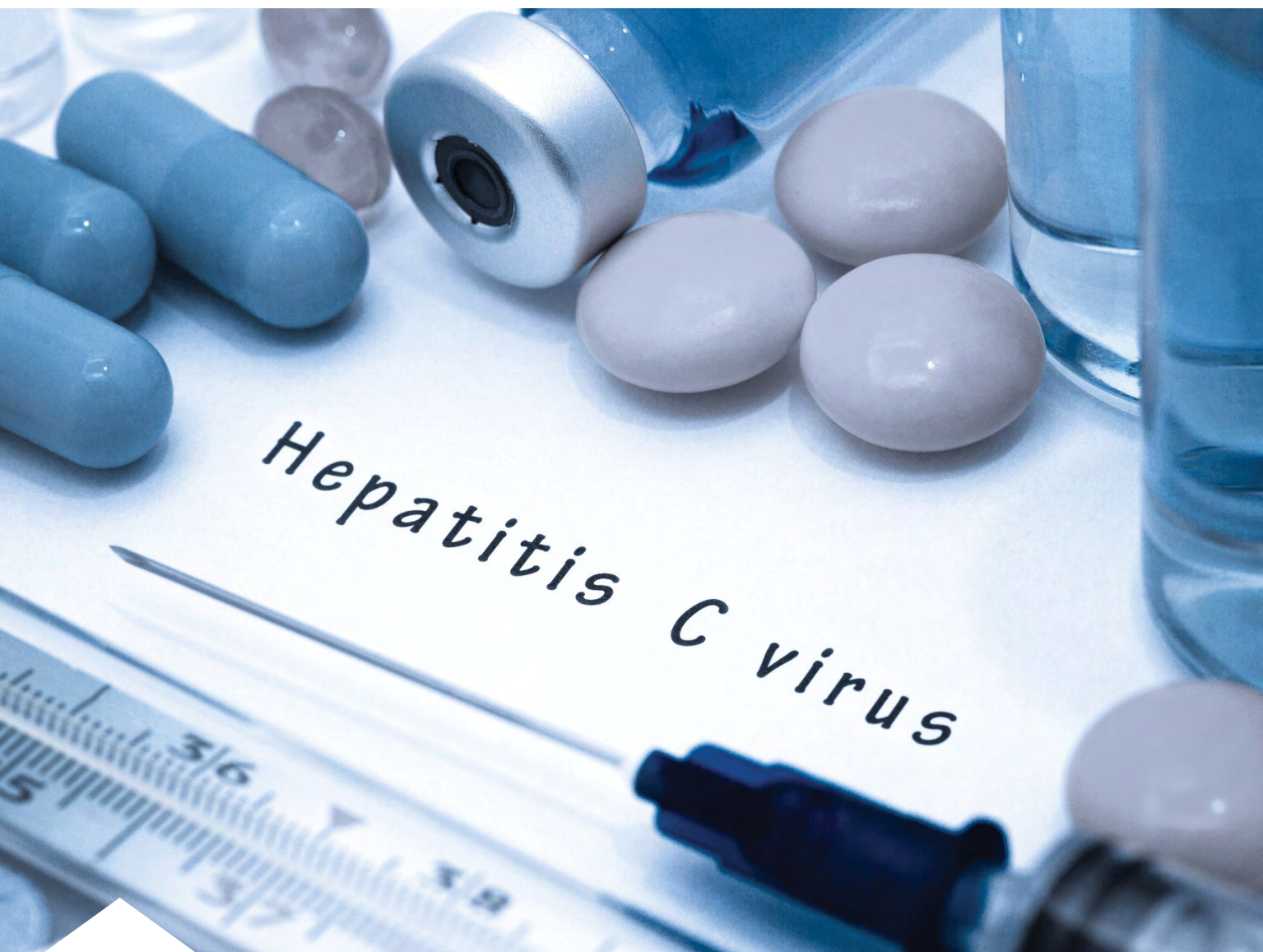
ISSN 1640-7679

Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

10/2017



1 października
Międzynarodowy
Dzień Walki
z WZW C

Korespondencja z NRPIP
w sprawie
przeprowadzania
konkursów na niektóre
stanowiska kierownicze

4

Zdrowotne
i psychologiczne skutki
pracy zmianowej

10

Samobójstwa
dzieci i młodzieży

13

Maria Teofila
Pastwa

20

KOMUNIKAT

**Przypominamy, iż zgodnie z Uchwałą nr 862/VI ORPiP w Łodzi
z dnia 8 października 2013 r.**

**w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych
formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego**

**udział w szkoleniu specjalizacyjnym
– zwanym specjalizacją –**

**realizowanym przez innych organizatorów kształcenia
niż Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

**NIE JEST DOFINANSOWYWANY
z budżetu Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

**Pielęgniarkom i położnym zainteresowanym udziałem
w kształceniu podyplomowym organizowanym
przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
aktualnych informacji udzielają
specjaliści w Dziale Kształcenia OIPiP w Łodzi**

Kontakt:

tel. 42 639 92 62

e-mail: kursy@oipp.lodz.pl; szkolenia@oipp.lodz.pl

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*

poniedziałek: 8.00–16.00; wtorek, środa, czwartek: 10.00–18.00;
piątek: 11.00–19.00
e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 92 98

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00
tel. 42 633 23 94

Mecenas

wtorek: 14.00–18.00, czwartek: 12.00–14.00
tel. 42 633 71 06

Kasa

poniedziałek: nieczynna
wtorek: 12.00–17.00; środa: 8.30–12.00, czwartek: 12.00–15.00;
piątek: nieczynna
tel. 42 639 92 76

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY	2
DZIAŁ PRAWNY	7
PRAKTYKA ZAWODOWA	10
SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE	18
PODZIĘKOWANIA	19
GŁOS ZE ŚRODOWISKA	20

KOMUNIKAT

**Godziny pracy Biblioteki uległy zmianie
i obecnie czynna będzie w godzinach:**

poniedziałek: 8.00–16.00

wtorek, środa, czwartek: 10.00–18.00

piątek: 11.00–19.00

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: © lbrfzhjpf@gmail.com – okładka,
© primagefactory – s. 10, © mihtiander – s. 13
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

**XXII Prezydium ORPiP
w dniu 19 lipca 2017 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 4 pielęgniarkom i 1 pielęgniarzowi.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 5 położnym.
- ▶ Wpisano pielęgniarki/pielęgniarsza do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki i 1 pielęgniarsza.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 5 praktyk pielęgniarek wykonywanych w podmiotach leczniczych.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 4 praktyki pielęgniarek w zakresie miejsca wykonywanej praktyki.
- ▶ Dokonano wpisu zmiany danych w rejestrze organizatorów kształcenia ORPiP w Łodzi – w zakresie miejsca prowadzenia kształcenia kursu specjalistycznego u 1 organizatora.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej, zgodnie z Program przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - √ skierowano na przeszkolenie – 2 pielęgniarki.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniach specjalistycznych – 35 osobom, kursie kwalifikacyjnym – 3 osobom, – kursie specjalistycznym – 1 osobie, konferencji – 1 osobie.
- Odmówiono 6 osobom przyznania dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych udziału w szkoleniach specjalistycznych i kursie kwalifikacyjnym, zgodnie z regulaminem – wnioski złożone po terminie składania wniosków (powyżej 60 dni od dnia egzaminu).
- ▶ Zatwierdzono:
 - kadre dydaktyczną dla 2 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez ORPiP w Łodzi, realizowanych w zakładzie i ORPiP w Łodzi;
 - skład osobowy dla 1 komisji kwalifikacyjnej i 1 komisji egzaminacyjnej dla kursów specjalistycznych realizowanych w zakładach i ORPiP w Łodzi;
 - rekomendację kandydatury do pełnienia funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych dla województwa łódzkiego;

- sfinansowanie kosztów materiałów koniecznych do wykonania remontu pomieszczenia gospodarczego w budynku ORPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do 5 komisji egzaminacyjnych dla 2 kursów kwalifikacyjnych i 3 kursów specjalistycznych, u 2 organizatorów kształcenia.

**XXIII Prezydium ORPiP
w dniu 17 sierpnia 2017 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 44 pielęgniarkom i 7 pielęgniarzom.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 5 położnym.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 5 pielęgniarkom.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 5 praktyk pielęgniarek i 1 praktyki położnej wykonywanych w podmiotach leczniczych.
- ▶ Dokonano wpisu danych w rejestrze organizatorów kształcenia ORPiP w Łodzi – w zakresie wpisu 1 szkolenia specjalistycznego i 1 kursu specjalistycznego u 2 organizatorów.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej, zgodnie z Program przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - wydano zaświadczenia o odbyciu przeszkolenia – 1 pielęgniarkę;
 - skierowano na przeszkolenie – 2 pielęgniarki.
- ▶ Przyznano członkom ORPiP w Łodzi zapomogi losowe w wysokości: 3 x 2200 zł i 1 x 1500 zł.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniach specjalistycznych – 8 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 5 osobom, kursie specjalistycznym – 1 osobie. Odmówiono 4 osobom przyznania dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych zgodnie z regulaminem – 3 wnioski złożone po terminie składania wniosków (powyżej 60 dni od dnia egzaminu) i 1 wniosek – brak udokumentowania regularnego opłacania składek członkowskich na rzecz ORPiP w Łodzi.
- ▶ Zatwierdzono:
 - kadre dydaktyczną dla 2 szkoleń specjalistycznych i 1 kursu kwalifikacyjnego organizowanych i finansowanych przez ORPiP w Łodzi, realizowanych w ORPiP w Łodzi.
 - skład osobowy dla 8 komisji kwalifikacyjnych dla szkoleń specjalistycznych i 6 komisji egzaminacyjnych dla kursów specjalistycznych realizowanych w zakładach i ORPiP w Łodzi.

- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do:
 - 2 komisji egzaminacyjnych dla 2 kursów specjalistycznych u 1 organizatora kształcenia.
 - kładu osobowego komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych – 4 pielęgniarek oddziałowych.

**XIII posiedzenia ORPiP
w dniu 12 września 2017 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 30 pielęgniarek i 2 pielęgniarzy.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 7 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano położne do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki i 2 pielęgniarzy.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 8 praktyk pielęgniarek i 1 praktykę pielęgniarszą, wykonywanych w podmiotach leczniczych.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 4 praktyki pielęgniarek w zakresie miejsca wykonywania praktyk.
- ▶ Dokonano wpisu i wpisu zmiany danych w rejestrze organizatorów kształcenia ORPiP w Łodzi – wpisano 1 szkolenie specjalistyczne i 3 zmiany danych w zakresie: 1 szkolenia specjalistycznego i 3 kursów specjalistycznych, zgodnie z wnioskami 3 organizatorów.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - skierowano na przeszkolenie – 1 pielęgniarkę i 1 położną,
 - wydano zaświadczenia o odbyciu przeszkolenia – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Przyznano członkom ORPiP w Łodzi zapomogi losowe w wysokości: 1 x 2500 zł i 1 x 1500 zł oraz odmówiono 1 osobie ze względów regulaminowych przyznania zapomogi losowej.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: kursie kwalifikacyjnym – 1 osobie. Odmówiono 3 osobom przyznania dofinansowania i 4 osobom utrzymano w mocy decyzje odmowne udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych zgodnie z regulaminem – wnioski złożone po terminie składania wniosków (powyżej 60 dni od dnia egzaminu).
- ▶ Zatwierdzono:
 - kontynuację ubezpieczenia posiadanego mienia i odpowiedzialności cywilnej ORPiP w Łodzi;

- udział 2 przedstawicieli ORPiP w Łodzi w Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Pielęgniarstwo polskie, europejskie, światowe” organizowanej przez NRPiP w Warszawie w dniach 9–10.10.2017 r.;
- zorganizowanie w ORPiP w Łodzi pod patronatem dr n. med. Bogusławy Rudnickiej – Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego w Łodzi – szkolenia dla położnych nt. „Rola i zadania położnej w propagowaniu karmienia piersią i w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych” w dniu 09.12.2017 r. – komunikat na s. 6;
- wprowadzenie zmian w organizacji i zasadach funkcjonowania biblioteki ORPiP – godzin czasu pracy;
- koszt zakupu torsu do nauki osłuchiwania ze stetoskopem do prowadzenia zajęć dydaktycznych kursów i szkoleń w zakresie badań fizykalnych organizowanych przez ORPiP w Łodzi;
- zawarcie umowy na korzystanie z dostępu do serwisu on-line o nazwie „LEX” w ORPiP w Łodzi;
- stawki prowizji za dokonywane przelewy w systemie „przelewy 24” składek członkowskich przez/za pielęgniarki i położne – członków ORPiP w Łodzi;
- wystąpienie w wnioskiem o wydanie interpretacji indywidualnej w przedmiocie obowiązku opodatkowania udziału członków ORPiP w Łodzi w kształceniu podyplomowym i doskonaleniu zawodowym organizowanym i finansowanym ze środków własnych przez ORPiP w Łodzi;
- ramach współpracy z organizacjami pielęgniarek i położnych:
 - przekazać Katolickiemu Stowarzyszeniu Pielęgniarek i Położnych Polskich w Krakowie kwotę 1000 zł na wykonanie relikwiarza dla trwającego procesu beatyfikacji pielęgniarki śp. Hanny Chrzanowskiej;
 - pokrycie kosztów wykonania portretu śp. Stanisławy Leszczyńskiej z Łodzi – położnej (w trakcie procesu beatyfikacji), celem uzupełnienia zbiorów historii pielęgniarstwa i położnictwa ORPiP w Łodzi;
- kadre dydaktyczną dla 4 szkoleń specjalistycznych, 2 kursów kwalifikacyjnych i 1 kursu specjalistycznego, organizowanych i finansowanych przez ORPiP w Łodzi, realizowanych w zakładach lub w ORPiP;
- skład osobowy komisji egzaminacyjnych 2 kursów specjalistycznych, realizowanych w zakładzie i w ORPiP;
- wyrażono 2 pielęgniarkom zgodę na udział we wskazanych kursach, organizowanych i finansowanych z budżetu ORPiP w Łodzi;
- koszty wykonania remontu pomieszczeń piwnicznych w budynku ORPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP:
 - udział w komisji egzaminacyjnej kursu kwalifikacyjnego u 1 organizatora kształcenia.
 - do składu osobowego komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych – 1 naczelną pielęgniarki i 6 pielęgniarek oddziałowych.


Z PRAC NACZELNEJ RADY


Ministerstwo Zdrowia
Sekretarz Stanu
Józefa Szczurek-Żelazko

Warszawa, 28 sierpnia 2017 r.

Pani
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie wątpliwości interpretacyjnych **dotyczących przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U. poz. 182 oraz z 2016. poz. 1957)**, uprzejmie informuję, co następuje.

W § 12 rozporządzenia wskazane zostały dokumenty jakie zobowiązani są złożyć kandydaci zgłaszający się do konkursu. Oprócz podania o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem, kandydat składa:

- dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, a kandydaci na stanowiska, z którym wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, dokument potwierdzający to prawo;
- opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej;
- inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata, przy czym kopie tych dokumentów powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem, poświadczenie może być dokonane przez samego kandydata; na prośbę właściwego podmiotu lub komisji konkursowej kandydat jest obowiązany przedstawić oryginały dokumentów;
- w przypadku postępowania konkursowego na stanowisko kierownika – informację o kandydacie z Krajowego Rejestru Karnego opatrzoną datą nie wcześniejszą niż miesiąc przed dniem zgłoszenia do konkursu;
- oświadczenie kandydata o braku prawomocnego orzeczonego wobec niego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania określonego stanowiska.

Zgodnie z zawartym w załączniku do rozporządzenia Ramowym regulaminem przeprowadzania konkursu, komisja konkursowa na posiedzeniu otwiera koperty z dokumentami kandydatów, zapoznaje się z dokumentami złożonymi przez kandydatów i po stwierdzeniu ich kompletności uznaje, czy w postępowaniu konkursowym uczestniczy wymagana liczba kandydatów (co najmniej dwóch). Zgodnie z § 8 ust. 1 rozporządzenia, rozpatrzenie kandydatury osoby, która nie złożyła jednego lub więcej dokumentów, o których mowa w § 12 rozporządzenia, skutkuje nieważnością postępowania.

Odnosząc się do wątpliwości, czy w świetle § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia komisja konkursowa może dopuścić do postępowania, złożone w postaci kserokopii dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, a w przypadku kandydatów na stanowiska, z którymi wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, kserokopie dokumentu potwierdzającego to prawo, należy wyjaśnić, że za kompletne złożenie dokumentów może być uznana wyłącznie sytuacja, w której kandydat złożył oryginały dokumentów, o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia albo ich odpisy poświadczone za zgodność z oryginalnym przez notariusza. Skoro zatem zgodnie z § 12 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia, kopie innych dokumentów, o których mowa w pkt 4, powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem, co oznacza, że prawodawca wyraźnie dopuścił złożenie kopii dokumentów, to brak takiego wskazania w przypadku dokumentów stwierdzających kwalifikacje zawodowe, oznacza brak możliwości złożenia kserokopii dokumentów w takim przypadku.

Z poważaniem
z up. Ministra Zdrowia
Sekretarz Stanu
Józefa Szczurek-Żelazko



Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 18 lipca 2017 r.

Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z napływającymi do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych prośbami pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, uprzejmie proszę o wyjaśnienie, czy zmiany w systemie edukacji spowodują wprowadzenie nowych okresów przeprowadzania u dzieci i młodzieży badań przesiewowych oraz profilaktycznych badań lekarskich (bilansowych), jeśli tak, to w jakim czasie.

W ocenie pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania reforma oświaty wymaga odpowiedniego przygotowania się do prawidłowej realizacji opieki nad dziećmi i młodzieżą, w tym także odpowiedniej organizacji pracy pielęgniarki szkolnej.

Z poważaniem
Prezes NRPI
Zofia Małas



Ministerstwo Zdrowia
Sekretarz Stanu
Józefa Szczurek-Żelazko

Warszawa, 21 sierpnia 2017 r.

Pani
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo w sprawie realizacji profilaktycznych świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w kontekście reformy systemu oświaty, uprzejmie wyjaśniam, co następuje.

W Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace nad nowymi aktami prawnymi regulującymi opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. Do czasu wejścia w życie nowych przepisów, w roku szkolnym 2017/2018 profilaktyczne badanie lekarskie oraz testy przesiewowe powinny być wykonywane w dotychczasowych terminach. Zatem, w przypadku młodzieży w 14 roku życia, testy przesiewowe i profilaktyczne badania lekarskie powinny być wykonane u uczniów nowo utworzonych klas VII szkoły podstawowej.

Z wyrazami szacunku
Józefa Szczurek-Żelazko
Sekretarz Stanu

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologicznego i Położniczego oraz Zespół Położnych przy OIPIP w Łodzi zapraszają na szkolenie nt.

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

BEZPŁATNE
SZKOLENIE
DLA POŁOŻNYCH

9 grudnia 2017 r., godz. 9.00–13.30, Łódź, ul. Emilii Plater 34 (OIPIP w Łodzi)

Tematy wiodące wynikające z obowiązujących przepisów prawa:

Przygotowanie kobiet ciężarnych do karmienia piersią przez położną POZ w ramach prowadzonej edukacji przedporodowej w szkołach rodzenia, na oddziałach ciąży powikłanej

Obowiązki i zadania położnej sprawującej opiekę nad rodzącą

Wsparcie matki karmiącej i noworodka przez położną na oddziale położniczo-noworodkowym

Rola i zadania położnej POZ w opiece sprawowanej nad matką i dzieckiem w środowisku zamieszkania

Niewłaściwe praktyki stosowane w szpitalu dotyczące karmienia noworodków mlekiem modyfikowanym bez zlecenia lekarskiego

Dokumentowanie zaplanowanych i zrealizowanych przez położną świadczeń medycznych dot. karmienia piersią i rozwiązywania problemów laktacyjnych

Karta zgłoszenia uczestnictwa na szkolenie

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

Kartę należy wypełnić drukowanymi literami. Karta z nieczytelnymi lub niepełnymi danymi nie podlega kwalifikacji. Liczba miejsc ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń. Zgłoszenia przyjmowane będą do 30 listopada 2017 r.

Dane uczestnika: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi ul. E. Plater 34

Imię i nazwisko		
Zawód		Stanowisko
Miejsce pracy/nazwa zakładu Adres		
e-mail		Tel. kontaktowy
Adres zamieszkania		

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w celu realizacji zgłoszenia.

.....
data i podpis uczestnika

Data wpływu zgłoszenia do biura OIPIP:

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie:



Nowe akty prawne IV–IX 2017 r.

Dz. U. z 2017 r. poz. 759

Ustawa z dnia 9 marca 2017 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Dz. U. z 2017 r. poz. 756

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2017 r.

w sprawie wzoru dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty”

Na podstawie art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. poz. 1994 oraz z 2017 r. poz. 599)

Dz. U. z 2017 r. poz. 836

Ustawa z dnia 23 marca 2017 r.

o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw

Dz. U. z 2017 r. poz. 890

Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 5 kwietnia 2017 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o konsultantach 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 i 1579) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 126), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960) oraz zmian wynikających z przepisów ogłoszonych przed dniem 5 kwietnia 2017 r.

Dz. U. z 2017 r. poz. 884

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2017 r. **w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej**

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 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1015), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych: 1) wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 30 lipca 2013 r. sygn. akt U 5/12 (Dz. U. poz. 1023); 2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. poz. 2040)

Dz. U. z 2017 r. poz. 865

Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 5 kwietnia 2017 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o leczeniu niepłodności

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 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz. U. poz. 1087), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960)

Dz. U. z 2017 r. poz. 854

Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 kwietnia 2017 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych

Na podstawie art. 23715 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666, 2138 i 2255 oraz z 2017 r. poz. 60)

Dz. U. z 2017 r. poz. 999

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2017 r. **zmieniające rozporządzenie w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania**

Na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260)

Dz. U. z 2017 r. poz. 971

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2017 r. **zmieniające rozporządzenie w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich**

Na podstawie art. 6 ust. 5 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1184 oraz z 2017 r. poz. 60)

Dz. U. z 2017 r. poz. 1028

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 13 maja 2017 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie pobierania i badania próbek substancji chemicznych i ich mieszanin oraz wyrobów w ramach nadzoru wykonywanego przez Państwową Inspekcję Sanitarną

Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia MZ z dnia 4 kwietnia 2012 r. w sprawie pobierania i badania próbek substancji chemicznych i ich mieszanin oraz wyrobów w ramach nadzoru wykonywanego przez Państwową Inspekcję Sanitarną (Dz. U. poz. 379), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem MZ z dnia 5 kwietnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie pobierania i badania próbek substancji chemicznych i ich mieszanin oraz wyrobów w ramach nadzoru wykonywanego przez Państwową Inspekcję Sanitarną (Dz. U. poz. 503).

Dz. U. z 2017 r. poz. 1026

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 maja 2017 r.

w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników

Na podstawie art. 21 ust. 7 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. z 2017 r. poz. 1015

Ustawa z dnia 7 kwietnia 2017 r.

o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne

Dz. U. z 2017 r. poz. 1061

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r.

w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie

Na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 i 1579)

Dz. U. z 2017 r. poz. 1058

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 maja 2017 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie informacji gromadzonych przez apteki oraz informacji przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia

Na podstawie art. 45 ust. 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 i 1579)

Dz. U. z 2017 r. poz. 1200

Ustawa z dnia 25 maja 2017 r.

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

Dz. U. z 2017 r. poz. 1244

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)

Dz. U. z 2017 r. poz. 1217

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r.

w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia

Na podstawie art. 46 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 599)

Dz. U. z 2017 r. poz. 1300

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2017 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)

Dz. U. z 2017 r. poz. 1293

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2017 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)

Dz. U. z 2017 r. poz. 1364

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2017 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego

Na podstawie art. 11 ust. 11 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 60)

Dz. U. z 2017 r. poz. 1404

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2017 r.

w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem

przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 23a ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)

Dz. U. z 2017 r. poz. 1473

Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r.

o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy, oraz sposób osiągania najniższego wynagrodzenia zasadniczego

Dz. U. z 2017 r. poz. 1516

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2017 r.

w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2018 r.

Na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2017 r. poz. 1371)

Dz. U. z 2017 r. poz. 1582

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 sierpnia 2017 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 2017 r. poz. 783 i 1458) Dz. U. z 2017 r. poz. 1570

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2017 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich

Dz. U. z 2017 r. poz. 1636

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2017 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2017 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację

Na podstawie art. 3 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 i 1579 oraz z 2017 r. poz. 1200 i 1458)

Dz. U. z 2017 r. poz. 1620

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2017 r.

w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych

Na podstawie art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 60)

OFERTA PRACY

SP ZOZ MSWiA w Łodzi zatrudni pielęgniarki-specjalistki operacyjne w ramach umowy o pracę i na umowy kontraktowe

Pielęgniarki operacyjne z doświadczeniem pracy na Bloku Operacyjnym Wieloprofilowym, posiadające kurs kwalifikacyjny lub specjalizację operacyjną

Pielęgniarki do oddziałów szpitalnych (Oddział Wewnętrzny z Kardiologią, Oddział Chirurgii Naczyń i Ogólnej, Oddział Ortopedii) i Izby Przyjęć na umowę o pracę i umowę zlecenie. Mile widziane specjalistki

Zainteresowanych prosimy o bezpośredni kontakt osobisty lub telefoniczny (42) 63 41 326 lub (42) 63 41 171 lub przesłanie cv na adres e-mail: piellegniarka.nacz@zoz-mswia-lodz.pl

Kierownik Zespołów Pielęgniarskich
SP ZOZ MSWiA w Łodzi
mgr Ewa Lachowicz

Zdrowotne i psychologiczne skutki pracy zmianowej

mgr AGATA WĘZYK

Praca pielęgniarek i położnych, choć dla wielu ogromnie satysfakcjonująca, nie należy do łatwych. Opieka nad pacjentami stanowi źródło obciążenia emocjonalnego, a warunki pracy nierzadko pozostawiają wiele do życzenia. Chociaż działania ukierunkowane na poprawę sytuacji w ochronie zdrowia podejmowane są na wielu poziomach (oddziału, szpitala, całego systemu opieki zdrowotnej), to istnieje przynajmniej jeden element, którego nie da się zlikwidować czy zmienić, a który może powodować negatywne skutki dla zdrowia i funkcjonowania personelu medycznego. Mowa tu o pracy zmianowej. Jest ona w nieunikniony sposób wpisana w pracę większości pielęgniarek i położnych – chorzy nie wybierają przecież konkretnej godziny, kiedy poczują się źle. Pacjenci wymagają opieki (a przynajmniej swoistej kontroli) przez całą dobę. Oczywiście, praca zmianowa ma swoje dobre strony. Na przykład w badaniu, zrealizowanym w 2014 roku przez Instytut Medycyny Pracy, pielęgniarki przyznawały, że cenią sobie możliwość pracy w systemie dwunastogodzinnych dyżurów, ponieważ to ułatwia im m.in. załatwianie różnych spraw w ciągu dni wolnych czy zorganizowanie opieki nad dziećmi, a więc w pewnym sensie sprzyja tzw. równowadze życia zawodowego i prywatnego. Niemniej jednak, praca zmianowa, szczególnie w godzinach nocnych, jest uznawana za silny stresor i nie pozostaje bez wpływu na organizm. Mogą pojawić się: zmęczenie (również w czasie dyżuru, co może prowadzić do mniejszej wydajności i różnego rodzaju błędów), zaburzenia rytmów dobowych, kłopoty ze snem (gorsza jakość, mniejsza ilość), obniżenie odporności, problemy ze strony układu trawiennego, nadwaga, trudności w organizacji czasu wolnego od pracy, stosowanie używek i leków czy problemy emocjonalne, takie jak zmiany nastrojów, niepokój, drażliwość, nerwowość i irytacja (które prowadzą do konfliktów w pracy i w domu), wreszcie wypalenie zawodowe (np. Matheson, O'Brien i Reid, 2014).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznaje pracę zmianową za jeden z czynników prawdopodobnie rakotwórczych. Wiele osób pracujących na zmiany skarży się właśnie na takie



negatywne skutki. Nie oznacza to, że pracujący w systemie zmianowym są skazani na problemy ze zdrowiem fizycznym czy psychicznym. Wyniki badań w wypadku pielęgniarek nie są spójne – niektóre potwierdzają negatywne skutki pracy zmianowej, inne wskazują, że praca zmianowa nie zwiększa ryzyka problemów zdrowotnych. Ponadto, choć – w takich zawodach, jak pielęgniarstwo czy położnictwo – nie da uniknąć się pracy zmianowej, to jak najbardziej można przeciwdziałać jej ewentualnym negatywnym konsekwencjom. Kluczem jest zdrowy styl życia.

Rytm okołodobowy

Pracownicy zmianowi często deklarują, że praca niekorzystnie wpływa na ich zdrowie lub życie rodzinne. Nie bez racji. Nasz organizm podlega różnym rytmom: okołodobowemu, miesięcznemu, rocznemu, związanymi m.in. z temperaturą i dostępnością światła. Oznacza to, że procesy zachodzące w naszym ciele mają cykliczny charakter. Każdy z nas ma swój zegar biologiczny, czyli indywidualny mechanizm, który steruje ponad pięćdziesięcioma różnymi funkcjami i procesami fizjologicznymi: reakcjami zachodzącymi wewnątrz komórek, zmianami temperatury ciała, aktywnością układu nerwowego, pracą poszczególnych narządów i układów. Statystycznie rzecz ujmując i w dużym uproszczeniu, w przeciętnym organizmie około 7 rano następuje gwałtowny skok ciśnienia krwi, a wkrótce potem zatrzymuje się wydzielanie melatoniny, która silnie powiązana jest ze snem. Następnie

zaczynają pracować jelita, wydzielany jest testosteron, a mniej więcej o 10.00 wchodzimy w stan najwyższego pobudzenia. Wczesnym popołudniem mamy najlepszą koordynację i najszybciej reagujemy na różne bodźce. Na około 17.00 przypada maksimum pracy serca i mięśni, a średnio półtorej do dwóch godzin później mamy najwyższe w ciągu dnia ciśnienie krwi i najwyższą temperaturę ciała. Wieczorem, kiedy już zapadnie zmrok, zaczyna znów wydzielać się melatonina, a organizm przygotowuje się do snu – m.in. następuje spowolnienie pracy jelit. Faza najgłębszego snu przypada zwykle na 2.00 w nocy, a wczesnym rankiem mamy najniższą temperaturę ciała. Ten cykl pracy organizmu zależny jest od funkcjonowania zegara biologicznego, ale podlega również sygnałom z otoczenia.

U osób, które pracują w zwykłym trybie, tj. w ciągu dnia, a w nocy śpią, rytm okołodobowy współgra z naturalnymi zmianami w środowisku (szczególnie z natężeniem światła, a w mniejszym stopniu ze zmianami temperatury). Natomiast u pracowników zmianowych, zwłaszcza tych wykonujących pracę w nocy, opisany cykl ulega zaburzeniom, co może skutkować problemami zdrowotnymi. Zaburzenia wydzielania melatoniny, która reguluje cykl snu i czuwania, zwiększają ryzyko choroby wrzodowej, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń cyklu miesięczkowego, a nawet raka piersi i jelita grubego. Warto jednak dodać, że negatywne zmiany (w tym zmiany w procesie wydzielania melatoniny) pojawiają się, gdy praca na zmianie nocnej wykonywana jest kilka razy z rzędu (Grundy i wsp., 2009, Samulin i wsp. 2017).

Problemy często zgłaszane przez osoby pracujące w systemie zmianowym

- ✓ wyczerpanie emocjonalne
- ✓ niechęć przed pójściem do pracy
- ✓ poczucie porażki
- ✓ wycofywanie się w obliczu trudności
- ✓ opóźnianie kontaktu z pacjentem
- ✓ niezdolność do koncentracji na osobie pacjenta
- ✓ bezradność
- ✓ cynizm
- ✓ demonstrowanie wrogiej postawy
- ✓ rygoryzm
- ✓ zaburzenia snu
- ✓ unikanie rozmów o pracy
- ✓ zaabsorbowanie sobą
- ✓ nadużywanie środków uspokajających
- ✓ częste przeziębienia i grypy
- ✓ bóle głowy
- ✓ zaburzenia żołądkowo-jelitowe
- ✓ trudności w myśleniu
- ✓ niechęć do wprowadzania zmian
- ✓ podejrzliwość i brak zaufania
- ✓ zbyt silna reakcja na słabe bodźce
- ✓ łatwe popadanie w konflikty
- ✓ mniejsza wydajność
- ✓ poczucie braku kontroli
- ✓ niepewność
- ✓ niespełnienie oczekiwań
- ✓ poczucie krzywdy
- ✓ nadmierny dystans do pacjenta
- ✓ utrata wiary w siebie i w swoją pracę
- ✓ uczucie zaniedbywania swojej rodziny

Źródło: Żółtańska J., Bujanowska M. (2010) s. 62–3

Sowy i skowronki

Oczywiście ludzie różnią się pod względem preferowanej pory aktywności. Jedni świetnie czują się rano, wstają bardzo wcześnie, za to wieczorem szybko kładą się spać. Inni wolą siedzieć do późnej nocy, popołudniami i wieczorami są najbardziej efektywni, za to rano nie można ich dobudzić i najchętniej codziennie spaliby do południa. O tym decyduje nasz chronotyp. Wpływa on m.in. na preferowane godziny budzenia się i zasypiania, a także pory doby, którą dany człowiek uznaje subiektywnie za najlepszą pod względem samopoczucia i sprawności umysłowej oraz fizycznej.

Badania sugerują, że chronotyp wieczorny u pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym może sprzyjać występowaniu objawów depresji i niższej satysfakcji z pracy

Skowronki

zwykle budzą się dość wcześnie rano, często bez budzika
 rano czują się najlepiej, mają najlepszy nastrój
 najlepiej funkcjonują przed południem, są wtedy najbardziej wydajni i efektywni
 zazwyczaj kładą się spać o podobnej porze i śpią mniej więcej tyle samo godzin każdej nocy



Sowy

samodzielnie budzą się w godzinach popołudniowych; jeśli muszą wstać rano ze względu na obowiązki (np. praca) niemal zawsze potrzebują budzika
 rano i przed południem mają najgorszy nastrój
 najbardziej efektywne są wieczorem, a czasami nawet w porze nocnej
 najchętniej chodząby spać późno, ale ponieważ muszą dostosować się do wymagań np. związanych z pracą, pora kładzenia się spać i liczba godzin snu jest dość zróżnicowana

(Rodwell & Fernando, 2016). Z drugiej strony, chronotyp ranny charakteryzuje się mniejszą elastycznością (silniejszymi preferencjami dotyczącymi godzin snu i czuwania), co nie sprzyja przystosowaniu się do swoistych warunków pracy zmianowej (zwłaszcza pracy w porze nocnej). Pocięszający jest fakt, że w gruncie rzeczy „czyste” chronotypy, czyli „prawdziwe” skowronki i „prawdziwe” sowy stanowią rzadkość. Większość ludzi jest w stanie pogodzić swoje preferencje i zewnętrzne wymagania wynikające z charakteru życia zawodowego i społecznego.

Nietolerancja pracy zmianowej

Nie wszyscy jednak są w stanie wykonywać pracę zmianową. U niektórych pracowników obserwuje się tzw. zespół nietolerancji pracy zmianowej. Najczęściej pojawia się on u osób, które przepracowały 10 lat w systemie zmianowym i występuje częściej u kobiet, a także u osób starszych. Objawy są nieswoiste, a należą do nich m.in.: zaburzenia snu, problemy ze strony układu trawienego i krążenia, zaburzenia psychiczne i neurologiczne, chroniczne zmęczenie, zaburzenia funkcjonowania społecznego, stosowanie używek – palenie papierosów oraz zwiększone spożycie alkoholu i innych środków psychoaktywnych, w tym kofeiny, leków, narkotyków. O poziomie tolerancji pracy zmianowej decyduje wiele czynników osobniczych (np. chronotyp, ogólny stan zdrowia, potrzeba snu i fizjologiczna tolerancja jego braku, płeć, wiek, postawa wobec pracy zmianowej) oraz środowiskowych i organizacyjnych (warunki życia i pracy, rodzaj wykonywanej pracy, rodzaj zmian i ich rotacja). (Kucharska, Sińska, Zacharewicz, 2011).

Stopniowy rozwój problemów

Stwierdza się, że im dłuższy staż pracy zmianowej, tym większe ryzyko wystąpienia problemów. W ciągu pierwszych pięciu lat pracy mamy do czynienia z tzw. fazą adaptacji. W tym czasie osoba pracująca w systemie zmianowym próbuje dostosować życie swoje i najbliższych do wymagań zawodowych (np. takiej organizacji czasu i obowiązków domowych, która umożliwi odpoczynek/sen w ciągu dnia po zmianie nocnej). Często pojawiają się wtedy dolegliwości zdrowotne, ponieważ procesy

fizjologiczne ulegają zaburzeniom, organizm jest obciążony i dopiero wypracowuje sobie sposoby radzenia. Złe samopoczucie oraz problemy ze zdrowiem i trudności w organizacji życia rodzinnego występujące w tej fazie powodują, że w okresie pierwszych dziesięciu lat pracy zmianowej największy odsetek pracowników rezygnuje z tej formy pracy. Przeciętnie między piątym a dwudziestym rokiem pracy trwa tzw. faza uwrażliwienia. Dolegliwości zdrowotne nie występują zbyt często, gdyż organizm już rozwinął odpowiednie strategie radzenia sobie. Życie pracownika jest odpowiednio zorganizowane, a on sam jest przyzwyczajony do wymagań i potrafi sobie z nimi skutecznie radzić. Ten czas to również okres podejmowania działań ukierunkowanych na podniesienie standardu życia zarówno zawodowego, jak i prywatnego, a lepsze warunki życia i pracy sprzyjają ogólnemu dobrostanowi. Kolejne dwadzieścia lat to tzw. faza akumulacji. To okres swoistej stabilności i bezpieczeństwa. Zwykle sytuacja zawodowa i rodzinna jest unormowana i raczej dobra. Mogą wystąpić drobne dolegliwości (związane również z wiekiem). U pracowników, którzy wykonują pracę zmianową przez czterdzieści lub więcej lat, następuje tzw. faza manifestacji. Na tym etapie problemy zdrowotne ujawniają się coraz silniej i stają się bardziej dotkliwe. Jednocześnie regeneracja wymaga więcej czasu i coraz trudniej przychodzi radzenie sobie z obciążeniem wynikającym z pracy zmianowej, m.in. z brakiem snu, zmęczeniem, wahaniami nastrojów itd.

Ogólnie rzecz ujmując wydaje się, że praca zmianowa może być przyczyną różnych zaburzeń zdrowia fizycznego i psychicznego. Z badań wynika, że jedynie nieliczni, tj. około 10 proc., przystosowują się do wykonywania pracy zmianowej aż do emerytury bez żadnej szkody dla zdrowia. Mniej więcej co piąty pracownik zmianowy rezygnuje z takiej pracy, natomiast aż 70 proc. kontynuuje ją mimo skutków zdrowotnych. Jednakże nie ma wystarczających dowodów na to, że praca zmianowa sama w sobie jest bezpośrednią przyczyną tego typu problemów. Sugeruje się, że ma ona wpływ pośredni, ponieważ nie sprzyja prowadzeniu zdrowego stylu życia. O tym, co robić, by chronić się przed ewentualnymi negatywnymi konsekwencjami pracy zmianowej w kolejnym numerze Biuletynu.

mgr Agata Wężyk
Instytut Medycyny Pracy

SAMOBÓJSTWA dzieci i młodzieży

dr KAZIMIERZ KOPCZYŃSKI

„Hasło brzmi obecnie tak: Wychowujcie ludzi zadowolonych z życia, dla których jest ono nie ciężarem a radością!” Ale tym samym zapobieganie samobójstwom staje się sprawą wszystkich ludzi, szczególnie zaś rodziców!”

Erwin Ringel, suicydolog austriacki

Wprowadzenie

Według szacunków, w 2020 roku pierwsze miejsce wśród przyczyn zgonów zajmie depresja, a bezpośrednią przyczyną śmierci będzie samobójstwo. Zgodnie z danymi WHO, w ostatnich 45 latach śmiertelność w wyniku samobójstw wzrosła o 60 proc., a w grupie wiekowej 15-19 lat samobójstwo stało się jedną z pięciu najczęściej występujących przyczyn śmierci.

W Polsce, według danych Głównego Urzędu Statystycznego, co roku blisko 300 osób w wieku 15-19 lat umiera śmiercią samobójczą, a próby samobójcze podejmuje, zgodnie z szacunkami, 2500-5000 osób w tym wieku. Jako przyczyny samobójstw wśród dzieci i młodzieży wskazuje się głównie zaburzenia relacji środowiskowych (dom i szkoła). Obserwujemy dziś narastający kryzys rodziny i kryzys wartości, wzrost patologii społecznych, w szczególności uzależnień, nasilenie tzw. sieroctwa utajonego, gdy mamy do czynienia z rodziną pełną, często dobrze sytuowaną, w której brak jednak więzi uczuciowej z dzieckiem. Wszystko to zmusza do głębszej refleksji nad funkcjonowaniem rodziny i samobójstwami nieletnich.

É. Durkheim w swym słynnym studium socjologicznym o samobójstwie pisał: „To, że obecnie ludzie popełniają więcej samobójstw niż dawniej, nie wynika z tego, że aby żyć, musimy czynić bardziej bolesne wysiłki, ani z tego, że nasze uzasadnione potrzeby są w mniejszym stopniu zaspokojone, ale z tego, że nie wiemy już, gdzie leży kres takich potrzeb i przestajemy widzieć sens naszych wysiłków. [...] nasza choroba nie wynika więc ze zwiększenia się liczby lub nasilenia

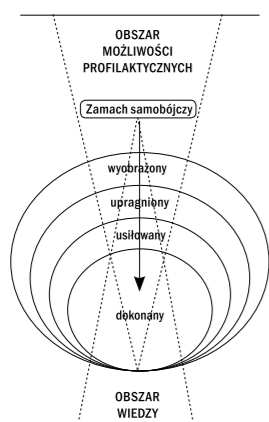
obiektywnych przyczyn cierpienia, nie świadczy o większej biedzie ekonomicznej, lecz o alarmującej nędzy moralnej”. Te znamienne słowa Durkheima wypowiedziane ponad sto lat temu nie straciły na aktualności.

Samobójstwa jako proces

W suicydologii – wyodrębnionej już obecnie, interdyscyplinarnej dziedzinie wiedzy o samobójstwach – ujmuje się je często jako zjawisko. Tak też jest ono zazwyczaj rozumiane w obiegowej opinii. Słusznie jednak zauważa B. Hołyst, że na samobójstwo należy spojrzeć nie jako na zdarzenie, lecz jako na proces, który jest trwającym niekiedy całymi latami ciągiem wzajemnie ze sobą powiązanych myśli i czynów. Autor wprowadza do swoich rozważań termin „zachowanie suicydalne”. Przez określenie to rozumie on ciąg reakcji, jakie wyzwolone zostają w człowieku z chwilą, gdy w jego świadomości samobójstwo pojawia się jako antycypowany, pożądaný stan rzeczy, a więc jako cel. Występujący u wielu ludzi stan świadomości co do możliwości rozwiązania problemów życiowych w drodze samobójstwa B. Hołyst nazywa samobójstwem wyobrażonym. Jednak zdecydowana większość

stara się jak najszybciej odrzucić tego typu myśli. Jeżeli myśli te jednak nie ustępują i nabierają charakteru celu, to ten typ zachowania suicydalnego autor nazywa samobójstwem upragnionym. Próby dokonania zamachu samobójczego, a więc ciąg tych zachowań, których celem jest pozbawienie się życia, nazywa się samobójstwem usiłowanym. Kończący się śmiercią zamach na własne życie jest samobójstwem dokonanym. Powyższą propozycję terminologiczną ilustruje autor za pomocą czterech kół, które przedstawia rycina 1. Według autora – każdy dokonany zamach samobójczy – musiał być uprzednio czynem wyobrażonym, pożądanym i usiłowanym (co na rycinie wskazuje strzałka).

Propozycję teoretyczną B. Hołysta uważam za najbardziej właściwą do wykorzystania w praktycznych badaniach. Takie podejście do samobójstwa stwarza także szerokie możliwości profilaktyczne i psychokorekcyjne. Poszczególne koła to nie tylko zakresy zamachów wyróżnionego typu, lecz równocześnie zakresy możliwości zapobiegania dokonaniu samobójstwa na poszczególnych etapach zachowania suicydalnego. Łatwiej (m.in. ze względu na wielość środków) odwieść kogoś od samobójstwa wtedy, gdy sobie je tylko wyobraża, trudniej – gdy śmierci pragnie, a jeszcze trudniej – gdy usiłuje odebrać sobie życie. Tę oczywistą prawdę wypada uzupełnić przykrym stwierdzeniem, że tam gdzie potencjalnie istnieją największe możliwości profilaktyczne, wiedza o zjawisku jest najmniejsza. Sytuacja ta zaznaczona jest na poniższym rysunku.



Ryc. 1. Schemat zachowania suicydalnego
Źródło: B. Hołyst, Samobójstwo – przypadek czy konieczność, PWN, Warszawa 1983, s. 123.

Podobnie jak B. Hołyst, istotę samobójstwa postrzegają także inni wybitni suicydologowie. E. Ringel mówi o „dojrzejącym samobójstwie”, przytacza on także powiedzenie K. Menningera: „Samobójcą jest się na długo przed popełnieniem samobójstwa”. W rzeczywistości zapobieganie samobójstwu powinno mieć miejsce jeszcze przed wystąpieniem fazy samobójstwa wyobrażonego. E. Ringel mówi o rozwoju ku samobójstwu, który możemy rozpoznać po charakterystycznych symptomach zanim pojawią się pierwsze myśli samobójcze. Dla wczesnej profilaktyki samobójstw, bardzo ważne jest ukształtowanie u dziecka poczucia własnej wartości i rozwój

zainteresowań. Akceptacja siebie i pasja życiowa stanowią dobre zabezpieczenie przed zachowaniem suicydalnym, a także uzależnieniami i innymi zjawiskami patologii społecznej.

W oddziaływaniach profilaktycznych na każdym etapie zachowania suicydalnego dobra współpraca rodziny młodej osoby zagrożonej samobójstwem z pedagogiem lub psychologiem jest najlepszym gwarantem powodzenia. Należy też zaznaczyć, że z samobójstwem wiąże się pozorny sukces terapeutyczny, kiedy to następuje znaczna poprawa stanu psychicznego suicydenta, problemy i trudności zdają się ustępować, po czym często niespodziewanie pojawia się ponowna próba samobójcza. Jest to ważna wskazówka zarówno dla terapeutów, jak i dla rodziców. Takiej osobie nie wystarczy pomoc w rozwiązaniu aktualnych, doraźnych problemów, ale trzeba nauczyć ją strategii radzenia sobie w różnorodnych sytuacjach życiowych, w których mogą pojawić się trudności. Znacząca rola przypada tutaj procesowi planowania. Życie bez przyszłości staje się dla współczesnej młodzieży wręcz hasłem programowym. Brak celu, perspektyw, a stąd już krok do braku motywacji do życia w ogóle. Środkiem zaradczym, oby nie spóźnionym, są rozmowy rodziców z dziećmi o ich przyszłości i pomoc w jej zaplanowaniu.

Chciałbym także podkreślić, iż każda próba samobójcza, a także samobójstwo wyobrażone i upragnione, zasługują na poważne potraktowanie. Stanowią one bowiem zwykle skutek psychiczny narastających trudności i problemów życiowych, zakłóconej orientacji w sobie i w otoczeniu bądź pogarszających się stosunków rodzinnych lub koleżeńskich. Osoba podejmująca próbę samobójczą, bez względu na to, ile w niej było rzeczywistego zamiaru pozbawienia się życia, wymaga pomocy psychologicznej, a często długotrwałej psychokorekcji. Jako mit należy traktować to, że kto mówi o samobójstwie to go nie popełni. Zlekceważenie takiego komunikatu może okazać się tragiczne.

Uwarunkowania samobójstw u nieletnich

Każda próba samobójcza ujawnia kryzys w rodzinie i osamotnienie jej członków. Brak autorytetów rodziców, alkoholizm ojca, chłód emocjonalny rodziców, ich niedojrzałość, konflikty w rodzinie to czynniki zwiększające ryzyko samobójstw wśród młodzieży. Z badań suicydologicznych wynika, że ponad 50 proc. dzieci podejmujących zamachy samobójcze wychowywało się w niepełnych rodzinach, a decydującą rolę w patologii rodzin tych dzieci odgrywał alkoholizm.

Badania socjologiczne wskazują na wysoką korelację między wzrostem liczby samobójstw wśród nastolatków a wzrostem liczby rozwodów. Wiele dzieci obwinia siebie o spowodowanie rozejścia się rodziców. Takie oskarżenie wynika często z postawy dziecka, które przypisuje sobie możliwość kierowania rozwojem wydarzeń i myśli, że gdyby w inny sposób postępowało, rodzice byłiby razem.

C. Fox i K. Hawton podają, że badania prowadzone przy użyciu skali Miara Dziecka Zbędnego (Expendable Child

Measure) wykazały, iż młodzi ludzie, którzy postrzegają siebie jako „osoby zbędne” w rodzinie, są dotknięte większym ryzykiem zachowań samobójczych. Skala ta opiera się na założeniu, że młodzi ludzie – potencjalni samobójcy – sądzą, że ich rodzice chcą (świadomie lub nieświadomie) się ich pozbyć lub żeby umarli. Poczucie „bycia zbędnym” ściśle wiąże się z poczuciem własnej wartości, które jest kształtowane przede wszystkim w środowisku rodzinnym.

Dziecku, jak również dorosłemu, także seniorowi, potrzebna jest rozmowa z drugim bliskim człowiekiem. Dziś możemy mówić o kryzysie rozmowy. T. M. Anthony podaje, że większość rodziców spędza minimalną ilość czasu (statystycznie około 2,5 minuty dziennie) na osobistej rozmowie z dziećmi. Na dodatek większość tego czasu poświęca się na karcenie i pouczanie. Dlatego też większa część relacji dziecko-rodzic opiera się na karceniu. Jednak na każdą negatywną uwagę, dziecko potrzebuje wielu pochwał. Biorąc to pod uwagę, łatwo zrozumieć, dlaczego tylu nastolatków nie czuje się wartościową i ważną osobą w swojej rodzinie.

Drugim obok rodziny środowiskiem, w którym młodzi ludzie spędzają większość swojego czasu jest szkoła. Problemy i trudności szkolne mogą przyczynić się do pojawienia myśli samobójczych. Często idą w parze z trudną sytuacją rodzinną. Zazwyczaj nauczyciele zbyt późno dostrzegają kłopoty swoich wychowanków, a pedagodzy szkolni rzadko podejmują bardziej wnikliwe rozmowy z uczniem i ściślejszą współpracę z jego rodziną.

Do samobójstw nieletnich przyczyniają się także konflikty w środowisku koleżeńskim. Niektórzy czują się osamotnieni, niezrozumiani przez swoich rówieśników, wyalienowani w klasie szkolnej. Zdarzają się również niejednokrotnie konflikty uczuciowe tzw. zawód miłosny. Zachowanie suicydalne pojawia się najczęściej wówczas, gdy równocześnie brak jest wsparcia w rodzinie, a wyidealizowany obraz przyjaciela nie potwierdza się.

Z badań własnych wynika, że komunikaty do bliskich osób wysyłane były wielokrotnie, przede wszystkim do rodziców, a także nauczycieli, kolegów, koleżanek. Próba samobójcza była skutkiem braku obecności drugich w życiu młodego człowieka, była kolejną, drastyczną już formą komunikatu.

Wielu wychowawców wskazuje na niebezpieczeństwo wpływu telewizji i Internetu na myśli i wyobrażenia dzieci na temat samobójstw. W grach komputerowych śmierć można wybrać, udoskonalić i kształtować według własnego pomysłu. W Internecie można znaleźć instrukcje umierania w śmierci samobójczej. Źródłem zachęty do samobójstwa może być także muzyka, zwłaszcza popularna i masowa radykalna jej odmiana. Samobójstwo pojawia się w treści propagowanych piosenek, jest także elementem samobójczych czynów popularnych i cenionych gwiazd.

Obecność tematu samobójstwa i to w formie afirmacji, czy nawet zachęty do podjęcia tego aktu, stwarza nieustanne zagrożenie dla młodych ludzi. Tymczasem u dzieci i młodzieży mamy tak naprawdę do czynienia z afirmacją życia, także u tych, którzy je sobie odbierają. Mogłoby się wydać

paradoksalne mówienie o afirmacji życia u samobójców. Nie jest to jednak paradoksem, ci młodzi ludzie chcą żyć, rzadko się zdarza u nich tzw. samobójstwo egzystencjalne, wynikające z uogólnionego poczucia bezsensu życia i świata. Samo życie ma dla nich wartość, ale ich własne życie wskutek określonych uwarunkowań, problemów i trudności, braku innych ludzi, którzy by ich akceptowali i obdarzyli uczuciem, staje się nie do zniesienia. Ale obecność drugiego człowieka może to wszystko zmienić.

Diagnoza suicydologiczna

Skuteczna pomoc osobie zagrożonej samobójstwem zależy w dużej mierze od poznania tej osoby, a więc od diagnozy. Czym taka diagnoza powinna się charakteryzować? Każdy człowiek jest jednostką jedyną i niepowtarzalną, więc poznanie jej powinno mieć charakter indywidualny, monograficzny. Każdy ma inną historię życia i bez jej poznania nie jest możliwa diagnoza w suicydologii. Także odmienne sytuacje życiowe, charakterystyczne jedynie dla danej jednostki splot uwarunkowań samobójstwa, stanowią o tym, że tylko indywidualne podejście, wykorzystujące właściwe metody i techniki badawcze jest uzasadnione i adekwatne.

W celach diagnostycznych wykorzystać należy przede wszystkim obserwację, rozmowę prowadzoną z badaną osobą i wywiad z osobami ze środowiska tej osoby, a więc z rodzicami, nauczycielami, rówieśnikami. Pomocna może być także analiza wytworów działania (rysunków, pamiętników, wypracowań szkolnych, wierszy, listów pożegnalnych). Ankiety, kwestionariusze, testy mają zwykle charakter ahistoryczny i asytuacyjny, nie powinny być w zasadzie wykorzystywane w badaniach suicydologicznych ze względu na ich nikłą przydatność praktyczną.

Zdaniem wybitnego psychoterapeuty C. Rogersa diagnoza psychologiczna powinna być – mówiąc obrazowo – czarno-biała. Poznajemy problemy i trudności życiowe danej jednostki, jej niepowodzenia, dysfunkcje, ale równocześnie, a nawet przede wszystkim, to co w niej pozytywne: wartości przez nią uznawane, zainteresowania, uzdolnienia, aktywność twórczą, udane interakcje z innymi ludźmi. Odkrywamy w drugim człowieku jego „sferę sukcesu”, potencjalne możliwości, które mogłyby zostać zrealizowane. Takie podejście do diagnozy w psychologii, pedagogice, suicydologii, a nawet w medycynie, ma – moim zdaniem – charakter fundamentalny. Jest równocześnie wyzwaniem, gdyż znalezienie tego, co pozytywne w drugiej osobie jest często znacznie trudniejsze niż dostrzeżenie zaburzeń i dysfunkcji. Terapia według Rogersa ma polegać na oddziaływaniu tego, co białe na to, co czarne. Znany polski lekarz i psycholog K. Dąbrowski, twórca ruchu higieny psychicznej w Polsce, stosował znakomite określenie: „terapia przez diagnozę”. Człowiek zagrożony samobójstwem rzadko dostrzega u siebie pozytywne strony; gdy mu pomożemy je odkryć i uświadomić, a przez to dowartościować, to już sama taka diagnoza może przynieść efekt terapeutyczny.

Za najważniejszy czynnik terapeutyczny Rogers uważa osobowość terapeuty i wymienia trzy cechy bycia dobrym terapeutą. Są to: autentyczność, empatia i bezwzględna akceptacja klienta. Z pewnością nie każdy psycholog i terapeuta spełnia te warunki. Z drugiej strony cechy te może mieć nauczyciel, lekarz, pielęgniarka, rehabilitant czy nawet przedstawiciel zupełnie innego zawodu. I mimo, że nie mają oni często fachowej wiedzy psychologicznej, to mogą udzielić skutecznego wsparcia i pomocy osobie zagrożonej samobójstwem. Tak jak zauważył Ringel zapobieganie samobójstwom staje się sprawą wszystkich ludzi. Szukajmy przede wszystkim w drugim człowieku tego co w nim pozytywne i wartościowe, a często przed nim samym ukryte.

Szczególnym dokumentem diagnostycznym w suicydologii są listy pożegnalne. Niosą one często z sobą duży ładunek informacji i emocji, jakie towarzyszyły osobie przed zamachem samobójczym. Warto zacytować jeden z takich listów, aby pokazać wymowę, jaką może mieć krótki tekst napisany w trakcie próby samobójczej przez szesnastoletniego chłopca, którym zajmowałem się tuż po odstawieniu na oddziale ostrych zatruc. Samobójstwo wyobrażone pojawiło się pod wpływem choroby matki i obawy przed jej śmiercią. Odrącenie chłopca przez ojca w niedługim czasie po śmierci matki, brak porozumienia i kontaktu uczuciowego między chłopcem a ciotką i wujkiem, do których został oddany na wychowanie, równocześnie brak przyjaciół w środowisku szkolnym i pozaszkolnym, niepowodzenia w nauce – oto główne uwarunkowania samobójstwa upragnionego. Szczególnie ważne wydaje się to, iż chłopiec ten nie mógł znaleźć w środowisku rówieśniczym żadnego przyjaciela, żadnej bliskiej osoby, z którą mógłby szczerze porozmawiać o swoich trudnościach, o nurtujących go problemach. Oto treść jego listu:

„Już coraz mniej tych, którzy umierają dla celu. Dlaczego to tak jest? A coraz więcej tych, którzy umierają z braku celu. Nie będziecie mieli kłopotów. Umyjcie ode mnie ręczki. Nie będzie zakąty rodziny. Ciescie się. Nie znaliście mnie w ogóle. Jeżeli uda się wam mnie odratować, to zrobię «to» jeszcze raz, ale wątpię, dawka jest zbyt silna, już zaczyna działać. Pozbędziecie się śmiecia. Nie będę wam zatruwał życia. Zbyt dużo wiem. Tak bardzo chciałem żyć, umieć się śmiać. Obiecałem kiedyś matce, że jeżeli umrze, to popelnię samobójstwo, teraz to robię. Nie mam dla kogo żyć. Czuję się zupełnie niepotrzebny. Żyć po to żeby żyć nie jest dla mnie celem. Nigdy nikt z was mnie nie rozumiał. Nie chcę żyć w świecie, gdzie jest tyle podłości i nienawiści. Lekki już działają – szumi w głowie. Żeby żyć musiałem kochać i być kochanym. Nie pamiętam od śmierci matki bym był kochanym. Umieram z uśmiechem na ustach. Dobranoc

P.S. Chciałem was kochać.”

dr Kazimierz Kopczyński
psycholog kliniczny
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Polskie Towarzystwo Suicydologiczne

WSKAZANIA PREWENCYJNE DLA RODZIN NIELETNICH ZAGROŻONYCH SAMOBÓJSTWEM

- Przeprowadzać częste rozmowy z dziećmi dotyczące ich problemów i trudności życiowych.
- Reagować na komunikaty dzieci, których treść może świadczyć o zagrożeniu samobójstwem.
- Nie lekceważyć młodzieńczych miłości i problemów z nimi związanych.
- Być w częstym kontakcie ze szkołą, zwłaszcza z wychowawcą i pedagogiem szkolnym.
- Kontrolować i umiejętnie ograniczać kontakt dziecka z telewizją, Internetem, telefonem komórkowym.
- Umożliwiać i w miarę możliwości wspomagać rozwój zainteresowań u dziecka, a także kształtować jego kompetencje osobiste i społeczne.
- Dowartościowywać dziecko, podnosić jego samoocenę wskazując na pozytywne sfery jego aktywności i osobowości.
- Planować z dzieckiem przyszłość i pomagać odkryć mu jego potencjalną „sferę sukcesu”.
- Przekazywać dziecku jak najwięcej uczuć i empatycznego zrozumienia.
- Nie przeciążać dziecka nadmiarem zajęć szkolnych i pozalekcyjnych.
- Zachęcać dziecko do przebywania na świeżym powietrzu (dostęp światła słonecznego) i do kontaktu z przyrodą (pozytywny wpływ zieleni i jonów ujemnych) i w miarę możliwości spędzać wolny czas wspólnie z dzieckiem.
- Uświadamiać dziecku potrzebę i znaczenie snu (nastolatek powinien spać 8–9 godzin na dobę!).
- Dbać o właściwe odżywianie dziecka i kontrolować jego nawyki żywieniowe. Korzystać z fachowych rad dotyczących produktów żywieniowych i rozmawiać z dzieckiem o wpływie żywienia na mózg i cały organizm.
- Mieć zawsze czas dla dziecka w sytuacjach dla niego kryzysowych.
- Korzystać z porad psychologa dotyczących profilaktyki depresji i samobójstw.

ANKIETA: ŻYCIE RODZINNE*

Zakreśl odpowiedzi, które – Twoim zdaniem – mówią o Twojej rodzinie. Udzielaj szczerych, zgodnych z prawdą odpowiedzi. Zdania te odnoszą się do tego, w jaki sposób widziałeś swoją rodzinę przez zeszły tydzień. Nie ma złych ani dobrych odpowiedzi.

	Zdecydowanie tak	Tak	Nie	Zdecydowanie nie
Planowanie wspólnych działań w rodzinie jest trudne, bo nie rozumiemy się wzajemnie	3	2	1	0
W momencie kryzysowym możemy zwrócić się do siebie o pomoc	0	1	2	3
Nie możemy ze sobą porozmawiać, kiedy trapi nas smutek	3	2	1	0
W mojej rodzinie ceni się wszystkich za to jacy są	0	1	2	3
Unikamy rozmów o naszych lękach i zmartwieniach	3	2	1	0
Możemy sobie wzajemnie okazywać uczucia	0	1	2	3
W rodzinie nagromadziło się wiele złych uczuć	3	2	1	0
Czujemy się akceptowani za to, kim jesteśmy	0	1	2	3
Podejmowanie decyzji stanowi w naszej rodzinie problem	3	2	1	0
Jesteśmy w stanie wspólnie podjąć decyzję, jak rozwiązać trudny problem	0	1	2	3
Nie czujemy się razem zbyt dobrze	3	2	1	0
Mamy do siebie zaufanie	0	1	2	3

Po dodaniu do siebie punktów otrzymamy sumę od 0 do 36. Wynik powyżej 18 punktów oznacza, że ankietowany przechodzi problemy rodzinne. Wynik od 24 punktów sugeruje, że są to problemy poważne.

* Ankieta ta może być wykorzystana do przeprowadzenia badań pilotażowych oraz może być pomocna w zorientowaniu się wychowawcy lub psychologa w sytuacji rodzinnej ankietowanego. Moim zdaniem ta krótka ankieta jest przydatna praktycznie w profilaktyce samobójstw nieletnich.

Źródło: A. Carr, Depresja i próby samobójcze wśród młodzieży, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008, s. 75.



„Poprawa jakości w opiece nad pacjentem operowanym – interdyscyplinarne standardy i praktyczne możliwości w zapobieganiu zakażeniom”

W dniu 21 czerwca 2017 roku w Restauracji Przerwa w Łodzi odbyło się spotkanie naukowo-szkoleniowe. Kolejne już spotkanie zorganizowane przez Dział Medyczny firmy 3M Poland Sp. z o.o., w którym wzięło udział 36 pielęgniarek anestezyjologicznych z wiodących łódzkich szpitali, dotyczyło „Poprawy jakości w opiece nad pacjentem operowanym – interdyscyplinarne standardy i praktyczne możliwości w zapobieganiu zakażeniom”.

Spotkanie rozpoczął pan Przemysław Lenartowicz – Kierownik ds. Nauki i Edukacji, Koordynator ds. Badań Klinicznych 3M Poland. W swoim wystąpieniu zwrócił szczególną uwagę na problem, jakim jest zakażenie miejsca operowanego oraz zapobieganie niezamierzonej hipotermii śródoperacyjnej. Zakażenie miejsca operowanego to drugi najczęstszy typ zakażenia szpitalnego w EU i USA, dotyczący 2–5 proc. pacjentów chirurgicznych, stanowiący 16–17 proc. wszystkich zakażeń szpitalnych. Czynnikiem ryzyka jest wiek pacjenta, cukrzyca, palenie tytoniu, niedożywienie, otyłość, sterydoterapia, przedłużony pobyt w szpitalu przed zabiegiem operacyjnym, kolonizacja *S. aureus*, wewnętrzne źródło zakażenia. Aby zapewnić standaryzację i koordynację działań, najwyższą jakość oraz najlepsze rezultaty leczenia i opieki, należy stosować wytyczne, rekomendacje, procedury szpitalne, listy kontrolne, oparte na dowodach klinicznych.

Wprowadzanie Nice Pathways, jak również dobrej praktyki do zmniejszenia zakażeń miejsc operowanych CATS Decrease Surgical Site Infections w formie plakatu (tj. właściwa technika usuwania owłosienia bezpośrednio przed zabiegiem przy użyciu elektrycznych strzyżarek z wymienną końcówką zamiast golarki z ostrzem, antybiotykoterapia, utrzymanie normotermii oraz właściwego poziomu glukozy), skutkuje znaczącym obniżeniem ilości powikłań oraz kosztów leczenia bez negatywnego wpływu na czas leczenia. Najnowsze wytyczne NICE, UK, październik 2008, w oparciu o systematyczną metaanalizę badań klinicznych zalecają: „Jeśli folia chirurgiczna jest stosowana, to stosuj folię bakteriobójczą z jodoforem, chyba że pacjent jest uczulony na jod”.

Bardzo istotną sprawą jest zapewnienie normotermii w okresie okołoperacyjnym – zalecane na całym świecie jako kluczowe w redukowaniu częstości zakażeń w miejscu operowanym. Każdy pacjent poddawany znieczuleniu ogólnemu/miejscowemu narażony jest na wystąpienie hipotermii okołoperacyjnej, gdyż w pierwszej godzinie anestezji następuje charakterystyczny, gwałtowny spadek temperatury ciała o około 1°C. Przybliżone zostały mechanizmy termoregulacji oraz zapobieganie hipotermii poprzez zastosowanie pomiarów temperatury i aktywne ogrzewanie pacjenta chirurgicznego.

W spotkaniu udział wzięli dr hab. n. med. prof. UM Waldemar Machała, Kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii CSK UM w Łodzi – specjalista w swojej dziedzinie, praktyk skoncentrowany na jakości i standardach opieki, który w sposób bardzo ciekawy przybliżył temat normotermii śródoperacyjnej. Możliwość przeprowadzania wielogodzinnych zabiegów, jaką przyniósł rozwój nowoczesnych technik chirurgicznych i anestezyjologicznych, wiąże się z trudnościami utrzymania homeostazy ustroju, gdy konieczne jest wspomaganie bądź zastąpienie zniesionych przez znieczulenie mechanizmów obronnych. Warunki panujące w środowisku sali operacyjnej powinny być komfortowe dla wszystkich członków pracującego tam zespołu, ale przede wszystkim dla samego pacjenta. Środowisko to powinno zapewnić komfort przed indukcją, czyli wprowadzeniem do znieczulenia oraz nie powinno stanowić czynnika zwiększającego ryzyko wystąpienia powikłań w czasie trwania operacji i znieczulenia.

Optymalna temperatura sali operacyjnej to zagadnienie trudne do zdefiniowania, głównie ze względu na fakt, że ścierają się tu potrzeby kilku grup. Inny przedział optimum poprą chirurdzy, zaś inny anestezyjologowie czy pielęgniarki-instrumentariuszki. Pomimo znacznych różnic w przedziale temperatur komfortowych dla populacji ogólnej w zależności od położenia geograficznego, zakres temperatur pożądaných dla zespołów sal operacyjnych okazuje się globalnie dość zbliżony: 21–24°C w USA i 18–21°C w Wielkiej Brytanii.

Temperatura taka jest daleka od zakresu komfortowego dla pacjentów, którzy przed indukcją znieczulenia pozbawieni są odpowiedniego ubrania. Zwiększenie ich komfortu w okresie przedoperacyjnym to kolejne z trudnych zadań personelu anestezyjologicznego. Zapobieganie wystąpieniu hipotermii jest więc stosunkowo efektywne, zakładając dostępność odpowiednich do tego narzędzi i właściwe ich wykorzystanie (wymyenniki ciepła i wilgoci, izolacja, prześcieradła grzewcze-chemiczne, materace i koce wodne, materace i koce elektryczne, podgrzewacze płynów infuzyjnych, ciepłe płyny infuzyjne, koncentratory ciepła i wilgoci HME na układach oddechowych).

Uczestnicy szkolenia mogli skorzystać również z warsztatów, na których prezentowane były systemy ogrzewania wymuszonym obiegiem ciepłego powietrza (System Bair Hugger), różne typy kołder grzewczych dla dzieci i dorosłych, systemy ogrzewania krwi i płynów infuzyjnych (Range/Blood Fluid Warming System) oraz system nieinwazyjnego

monitorowania temperatury wewnętrznej, który w sposób ciągły mierzy temperaturę pacjenta, wykorzystując w tym celu samoprzylepne czujniki jednorazowego użytku, umieszczone na powierzchni skóry – czoło pacjenta (SpotOn), tzw. metoda „zerowego przepływu” (zero-heat-flux). Wybór optymalnego miejsca pomiaru temperatury w okresie śród- i pooperacyjnym zależy od rodzaju zabiegu (czas trwania/rozległość/otwarcie jam ciała).

Amerkańskie Towarzystwo Anestezjologów (ASA – American Society of Anesthesiologists) zaleca monitorowanie temperatury ciała pacjentów, u których należy spodziewać się klinicznie znaczących zmian temperatury ciała. To stanowisko jednak prowadzi do dowolnej interpretacji kiedy, jak długo i gdzie temperatura powinna być mierzona. Bardziej dokładnych wskazówek udzielają rekomendacje Amerykańskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezyjologicznych (ASPAN – American Society of PeriAnesthesia Nurses), które zostały stworzone w oparciu o praktykę opartą na faktach (evidence-based practice).

Podsumowując, w ocenie jakości pracy każdej placówki ochrony zdrowia jednymi z najlepszych wskaźników są wskaźniki epidemiologiczne zakażeń szpitalnych. Mimo ogromnego postępu w medycynie i rozwoju możliwości terapeutycznych, zakażenia szpitalne mają nadal znamieny udział w zachorowalności, śmiertelności i kosztach przewyższających oczekiwania związane z podstawową chorobą pacjenta. Poprawa sytuacji to nie tylko opracowanie systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń przez zespoły kontroli. To przede wszystkim skuteczne wdrożenie interdyscyplinarnego programu opieki nad pacjentem opartego o najnowsze wytyczne i standardy, gdzie ważnymi obszarami jest przygotowanie skóry pacjenta do zabiegu (usuwanie owłosienia i stosowanie folii bakteriobójczej) – kluczowe dla zapobiegania zakażenia miejsca operowanego (ZMO) i kontrola ciepłoty ciała pacjenta operowanego w celu zapobiegania niezamierzonej hipotermii śródoperacyjnej.

Kolejne spotkanie naukowo-szkoleniowe, które odbyło się w Łodzi, było doskonałą okazją do dyskusji i wykorzystania wiedzy oraz umiejętności w podejmowaniu wspólnych inicjatyw w zakresie omawianej tematyki. Serdeczne podziękowania składamy pani Aleksandrze Michalskiej, panu Przemysławowi Lenartowiczowi oraz pnu Sławomirowi Muziołowi, prelegentom oraz wszystkim uczestnikom spotkania.

W trakcie przygotowywane są Zalecenia Grupy Roboczej ds. Praktyki Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezyjologicznych i Intensywnej Opieki w sprawie postępowania okołoperacyjnego mającego na celu uniknięcie niezamierzonej okołoperacyjnej hipotermii u dorosłych, które zostaną przedstawione 21–23 września 2017 r. na X Międzynarodowym Zjeździe PTPAiO w Karpaczu.

mgr piel. Elżbieta Janiszewska
przewodnicząca PTPAiO – Oddział w Łodzi,
specjalista w dziedzinie
pielęgniarsstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki

...Tak niedawno ześmy się spotkali
A tu pożegnania nadszedł czas
Tyle ześmy z sobą przebywali
A już dziś wspomnienia łąca nas...

W związku z przejściem na emeryturę naszej koleżanki **Ewy Wetman** – pielęgniarki, wieloletniej pielęgniarki oddziałowej w Klinice Okulistyki dla dzieci ICZMP, składamy podziękowania za wszystkie lata pracy. Dziękujemy za Twoją pracowitość, cierpliwość i wielkie serce w angażowaniu się w problemy pacjentów oraz personelu.

Ewo, dziękujemy Ci za Twoją wieloletnią pracę na rzecz środowiska zawodowego, pracując społecznie jako delegat z naszego rejonu wyborczego w samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych i komisjach problemowych. Każdego dnia będziemy miło Cię wspominać.

Ewo, życzymy Ci w nowym etapie życia spełniania marzeń, czasu spokoju i beztrudności i pamiętaj o nas

Wszystkiego dobrego życzą
Pielęgniarki, Położne i Pielęgniarze
z Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki

Serdeczne podziękowania za wieloletnią współpracę, za wspólne przeżywanie radości i smutków pielęgniarek pracujących w CRO-DPS Łódź, za wielkie serce, ogrom przekazanej wiedzy, wyrozumiałość, szacunek i życzliwość, dla naszych wspaniałych koleżanek, które odchodząc na emeryturę pozostawiły po sobie piękne wspomnienia, a zarazem naszą tęsknotę i refleksję.

Dla mgr **Danuty Zajac** przez wiele lat piastującej funkcję kierownika zespołu terapeutyczno-opiekuńczego B3, dodatkowo przez wiele lat pełniącej funkcję zastępcy przełożonej zespołu pielęgniarek, opiekunów i pokojowych w Centrum Rehabilitacyjno-Opiekuńczym DPS w Łodzi.

Dla **Grażyny Podsiadłej** pełniącej przez wiele lat funkcję kierownika zespołu terapeutyczno-opiekuńczego A0 w Centrum Rehabilitacyjno-Opiekuńczym w Łodzi.

Przełożona mgr Agnieszka Baraniak
zespół kierowników
i kadra pielęgniarska CRO-DPS w Łodzi

Z 4-częściowego cyklu:
Łódzkie naśladowczynie Florencji Nightingale
Część 4 – ostatnia

Teofila Maria PASTWA

Jej droga do
doskonalenia zawodowego
i dekoracji Medalem
im. Florencji Nightingale

mgr MARIA RZEPKOWSKA

Pani Teofila Maria Pastwa¹ urodziła się 11 listopada 1918 r. – w dniu, w którym polskie społeczeństwo świętowało odzyskanie niepodległości po 123 latach niewoli. Radość z tego tytułu była niezaprzeczalna, wiązała się ze świadomością potrzeby odbudowania zniszczonego kraju i poprawy bytu materialnego ludności. W tym kierunku po 1918 r. z powodzeniem zmierzały wszystkie obszary życia gospodarczego i społecznego w Polsce.

Czas drugiej wojny światowej

Niestety, 1 września 1939 r. Polska znów brutalnie została zaatakowana przez Niemców.

Mieszkańcy naszego kraju przewidywali zbliżające się nieszczęście, zatem powszechnym było m.in. kształcenie kobiet w zakresie udzielania potrzebującym pierwszej pomocy medycznej. Problem ten nie ominął pani Marii, która w 1938 r. ukończyła Kurs Sióstr Pogotowia PCK i zdobyła podstawowe teoretyczne wiadomości o opatrywaniu rannych i pielęgnowaniu chorych po przeżytych operacjach. Praktykę zawodową

1. Pani Teofila Maria Pastwa w najbliższym środowisku jest znana jako Maria Pastwa; tym imieniem posługiwała się na co dzień. W oficjalnych dokumentach, np. legitymacji, mówiącej o nadaniu jej odznaczenia lub odznaki, jako pierwsze zapisane jest imię Teofila. Maria jest imieniem drugim. W niniejszym opracowaniu będę posługiwała się imieniem Maria, gdyż to imię było jej ulubionym. Będąc w partyzantce, wybrała imię „Marysia”.



odbywała w Centrum Szkolenia Sanitarnego w Ujazdowie (dzielnica Warszawy). Dalej doskonaliła umiejętności i poszerzała wiadomości w Szpitalu Wojennym w Zamościu i w II Miejskim Szpitalu w Grodnie pod gradem spadających bomb z niemieckich samolotów. W sierpniu 1939 r., tuż przed wybuchem wojny, otrzymała kartę mobilizacyjną i z zespołem chirurgicznym Centrum wyjechała na front Lublin – Zamość.

Wkrótce jej skromne kwalifikacje zawodowe i predyspozycje okazały się bardzo przydatne, bo wojna do Lublina dotarła już 2 września 1939 r. Około godz. 9 spadły na miasto pierwsze bomby². Największe bombardowanie nastąpiło 9 września 1939 r., którego celem było lubelskie centrum; zginęło wtedy około 350 osób³. Po zajęciu przez Niemców terenu woj. lubelskiego p. Maria dostała się do niewoli. Będąc

2. Celem ataku były Lubelska Fabryka Samolotów, Szkoła Rzemieślnicza, pas startowy w Świdniku.

3. 9 września 1939 r. Niemcy zbombardowali okolice Starego Miasta: Krakowskie Przedmieście, ulicę Kapuścińską, Kościuszki, Chopina i Narutowicza. Bomby uszkodziły katedrę i siedzibę magistratu. Kolejny nalot, 13 września, skierowany był na dworzec kolejowy i ul. Narutowicza, Orlą, Okopową i Kruczą. Pod Konopnicą 15 września niemieckie jednostki 14 Dywizji 10 Armii dowodzone przez gen. Reichenau spotkały się z zaciętym oporem polskiego wojska – niestety, hart ducha nie wystarczył. Wojsko polskie nie dysponowało sprzętem, który pozwoliłoby odeprzeć wroga. Niemcy mieli artylerię i bombowce i skutecznie przełamali obronę miasta. Osiemnastego września wczesnym rankiem wkroczyli do Lublina. Źródło: www.teatynn.pl.

jeńcem pracowała w utworzonym przez okupanta szpitalu wojennym zorganizowanym w gmachu Sądu Wojewódzkiego w Zamościu⁴.

27 września 1939 r. Zamość na dziewięć dni zajęły wojska radzieckie. Wszyscy pracownicy działalność podstawowej z wojennego szpitala, utworzonego przez niemieckiego okupanta, zostali przeniesieni do II Miejskiego Szpitala w Grodnie. Pani Maria w grodzieńskim szpitalu pracowała tylko do maja 1940 r. Tego dnia Niemcy pozwolili Polakom wrócić do Generalnej Guberni (GG)⁵.

Praca w ww. szpitalach była trudnym doświadczeniem dla nielicznego personelu. Brakowało sprzętu i materiałów opatrunkowych. Obłożenie oddziałów szpitalnych ciężko chorymi i rannymi często nie pozwalało pielęgniarkom na odpoczynek, nawet po 16-godzinym dyżurze. Praca w takich warunkach bezpowrotnie rujnowała zdrowie, zatem możliwość powrotu do Warszawy p. Maria przyjęła z radością. Zdobyta wiedza i umiejętności zawodowe w warunkach frontowych pozwoliły jej zająć się w Warszawskiej Kasie Chorych przy ul. Wolskiej szkoleniem przyszłych sanitariuszek. Umiłowanie Ojczyzny – Polski nakazało jej wstąpienie do Armii Krajowej (AK). Przyjęła pseudonim „Marysia” i czynnie włączyła się w działalność powstańczą w Bernerowie (w Warszawskiej dzielnicy Wola, obecnie Osiedle Bemowo). Zorganizowała punkt sanitarny, gdzie nie tylko powstańcy, ale i okoliczna ludność mogła otrzymać wsparcie medyczne, ukojenie cierpienia nie zawsze fizycznego, ratunek w zagrożeniu życia i zdrowia.

Po upadku Powstania na Woli p. Maria przedostała się przez Łaski do Puszczy Kampinoskiej, do partyzantów, którym nieustannie w dzień i w nocy spieszyła z pomocą medyczną. We wsi Kościenna zorganizowała kolejny punkt sanitarny⁶.

4. Druga wojna światowa miała w Zamościu i na Zamojszczyźnie szczególnie tragiczny przebieg. Już w pierwszej połowie września 1939 r., podczas niemieckich bombardowań zginęło ponad 200 mieszkańców. Miasto przechodziło z rąk do rąk – niemieckich i radzieckich. 13 września do Zamościa wkroczyły wojska niemieckie, a po ich ustąpieniu ponad tydzień, od 27 września do 5 października, przebywały w nim wojska radzieckie. Na mocy uzgodnionej 28 września 1939 r. korekty granic (między Niemcami a Związkiem Radzieckim) Rosjanie musieli opuścić Zamość. Razem z nimi miasto opuściło 2/3 Żydów; pozostali zostali zamordowani przez Niemców w obozie w Bełżcu. (Przed wojną w Zamościu mieszkało ok. 12 tys. obywateli polskich pochodzenia żydowskiego). Zamojszczyzna miała być niemieckim okręgiem osiedleńczym. Wysiedlono ok. 110 tys. osób z blisko 300 wsi. Najtragiczniejszy był los dzieci, które tysiącami ginęły z głodu i zimna. Źródło: www.turystyka.zamosc.pl.

5. GG to niemiecki twór administracyjno-polityczny, ustanowiony przez okupacyjne władze niemieckie 26 października 1939 r. na części ziem polskich niewłączonych do Rzeszy (woj. kieleckie, krakowskie, lubelskie, część łódzkiego i warszawskiego). Źródło: Encyklopedia Powszechna. PWN, Warszawa 1974, tom 2, s. 36.

6. Kościennice – wieś w Polsce położona w woj. mazowieckim w powiecie nowodworskim w gm. Czoznów. 29 sierpnia 1944 r. kawaleria grupy AK „Kampinos” za cenę minimalnych strat własnych rozgromiła w zasadce pod Kościennem niemiecki oddział w sile kompanii. Było to jedna z największych zwycięstw grupy „Kampinos” (pl.wikipedia.org).

Praca Marii Pastwy po 1945 r.

Koniec wojny zastał p. Marię w Sochaczewie. Po wyzwoleniu przeniosła się z mężem do Krakowa, skąd jeszcze w 1945 r. przyjechała do Łodzi i rozpoczęła pracę w prywatnej klinice ginekologiczno-położniczej dra Elbina. W roku 1948 zdała egzamin państwowy z zakresu wiedzy i umiejętności pielęgniarskich i w tym samym roku rozpoczęła pracę w przemysłowej służbie zdrowia, w Zakładach Przemysłu Pasmanteryjnego im. Lenartowskiego w Łodzi, w których poznała problemy załogi i działalność związków zawodowych. To doświadczenie przeniosła do Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia (ZZPSZ), kiedy organizowała Sekcję Pielęgniarek w związku branżowym.

Nie można pominąć faktu, że: „Pielęgniarstwo polskie wyszło z II wojny światowej zdziękowane. W walkach na terenie kraju, jak i innych frontach świata, gdzie walczyli z Niemcami, zginęło ok. 2 tys. polskich pielęgniarek. Szczególny duży ubytek wystąpił w grupie pielęgniarek pełno wykwalifikowanych. Z liczby 2851 absolwentek przedwojennych szkół pielęgniarstwa – po wojnie pozostało około tysiąca, co stanowiło 35 proc. stanu z 1939 r.”⁷.

W takiej sytuacji władze resortowe, odpowiedzialne za zapewnienie przynajmniej dostatecznego poziomu usług w placówkach szpitalnych, nadawały frontowym sanitariuszkom tytuły młodszych pielęgniarek i umożliwiały zdawanie egzaminu państwowego⁸. Z tej okazji skorzystała p. Maria Pastwa.

Egzamin państwowy poprawił pozycję zawodową p. Marii umożliwiając awans społeczny, tzn. sprzyjał zajmowaniu wyższych stanowisk w hierarchii zawodowej. W roku 1955 Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej (wziOS) w Łodzi powierzył jej funkcję instruktorki pielęgniarek w Oddziale Zdrowia i Opieki Społecznej w dzielnicy Łódź-Chojny. W 1957 r. została przeniesiona na stanowisko inspektora ds. pielęgniarstwa w lecznictwie otwartym wziOS Prezydium Rady Narodowej (PRN) przy Piotrkowskiej 104.

Podczas 17-letniej pracy na stanowisku inspektora starała się z różnym rezultatem usprawniać pracę rejestratorek i pielęgniarek, poprawiać dostępność pacjentów do lekarzy. Wprowadziła możliwość zgłaszania wizyt przez telefon, zabiegała o udostępnienie pacjentom, oczekującym na zarejestrowanie się do lekarza, pomieszczeń oraz ławek i krzeseł, dbała o skrupulatne przestrzeganie regulaminu pracy.

Opracowała program, którego realizacja miała doskonalić pracę pielęgniarek środowiskowych. Zaprojektowała wzór

7. Barbara Dobrowolska: Materiały Historyczne Pielęgniarstwa Polskiego – przyczynek do dziejów pielęgniarstwa polskiego XX wieku. Oficyna Wydawnicza MA, Łódź 2013, s. 132.

8. Dz.U. R.P. 1947 r., nr 32, poz. 141 (op.cit., s. 133). W owym czasie popularny był w szpitalach tytuł pielęgniarki przyuczonej, który mogła otrzymać kobieta wrażliwa na potrzeby ludzi chorych. Jej pracę musiała jednak nadzorować pielęgniarka dyplomowana. Młodsze pielęgniarki i przyuczone przy łóżku chorego mogły zdawać egzamin państwowy po dwuletniej praktyce w różnych oddziałach szpitalnych.

dokumentacji do rejestrowania czynności wykonywanych przez pielęgniarki w konkretnym środowisku pacjenta.

Przez 14 lat – od 1951 do 1965 r. – z upoważnienia wZiOs organizowała dla pielęgniarek młodszych i przyuczonych kursy przygotowujące je do egzaminu państwowego. Doskonaliła własny warsztat zawodowy; poszerzała zakres wiedzy i obowiązków.

W roku 1961 rozpoczęła naukę w 2-letniej pomaturalnej Państwowej Szkole Pielęgniarstwa w Łodzi przy ul. Narutowicza 96. Po jej ukończeniu w 1963 r., za zgodą przełożonych, równoległe z pracą w wZiOs, zorganizowała zasadniczą szkołę medyczną asystentek pielęgniarskich (zlokalizowaną na terenie Szpitala MSW w Łodzi przy ul. Północnej). W szkole tej przez trzy lata była dyrektorem. Z troską zabiegała o dobre wyniki wychowania i nauczania, o wysoką sprawność szkoły⁹.

Pani Maria aktualizowała własną wiedzę podczas zajęć szkoleniowych, organizowanych przez Centrum Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych w Warszawie, np. na 2-tygodniowym kursie dla wojewódzkich inspektorek ds. pielęgniarstwa (w 1965 r.) oraz na rocznym kursie dla kadry kierowniczej w 1973 r.

Nie przerywając pracy w Wydziale Zdrowia, z dniem 1 października 1966 r. zawarła z dyrekcją Liceum Medycznego Pielęgniarstwa nr 1 w Łodzi przy ul. Narutowicza 122, umowę o pracę w charakterze nauczyciela – kierownika szkolenia praktycznego na czas nieokreślony, gdzie pracowała 2 lata.

Niewątpliwie pani Maria Pastwa była osobą zdolną, pracowitą i ambitną, mimo to należy z podziwem i pewnym niepokojem myśleć, jak sobie radziła z pracą na dwóch etatach – w wZiOs i szkole medycznej, jak radziła sobie z różnorodnym i rozległym zakresem obowiązków.

Pod koniec lat 60. z rozmachem zorganizowała w Łodzi filię warszawskiego Ośrodka Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych. Zadbła o odpowiednie środki finansowe i kadrę nauczającą, co – przy jej kontaktach towarzyskich i wpływach – nie było trudne. Nikt nie miał odwagi odmówić pracy w „jej” ośrodku, początkowo pracującym w wymiarze ½ możliwości.

W latach 70. XX w. wobec pracowników Urzędu Miasta Łodzi, zajmujących kierownicze stanowiska, wzrosły żądania związane z podnoszeniem kwalifikacji. Dyplom ukończenia studiów magisterskich zaczął obowiązywać powszechnie.

Pani Maria Pastwa nie ukończyła studiów magisterskich, dlatego poprosiła o służbowe przeniesienie jej do pracy na stanowisko kierownika w utworzonym przez siebie Wojewódzkim Ośrodku Doskonalenia Kadr Medycznych (WODKM) w Łodzi, gdzie pracowała do 1981 r.¹⁰

9. Sprawność szkoły, to stosunek przyjętych uczniów do klas pierwszych, do liczby absolwentów opuszczających szkołę.

10. Stanowisko inspektora ds. personelu średniego zajęła mgr Maria Ziółkowska – pielęgniarka z wieloletnim stażem w zawodzie i na stanowiskach kierowniczych, mgr historii, absolwentka Uniwersytetu Łódzkiego.

Po przejściu w tymże roku na emeryturę, nie przestała być aktywna; nadal była członkiem PTP. Przez kilka kadencji sprawowała różne funkcje w Zarządzie Oddziału PTP w Łodzi i w Zarządzie Głównym (ZG) PTP w Warszawie. Od 1948 r. społecznie pracowała w Związku Zawodowym Pracowników Służby Zdrowia, w latach 1962–1963 pełniła funkcję przewodniczącej Sekcji Pielęgniarskiej ZZPSZ.

Za pracę z heroicznym poświęceniem, szczególnie w czasie okupacji niemieckiej i za sukcesy w rozwiązywaniu problemów pielęgniarstwa, obok zwykłego ludzkiego uznania ze strony społeczności zawodowej, p. Maria była wielokrotnie nagradzana finansowo i odznaczana. Z każdego odznaczenia była dumna i cieszyła się każdym wyróżnieniem. Za działalność w AK – Londyńska Komisja ds. Odznaczeń przyznała jej Krzyż Armii Krajowej. Ministerstwo Obrony Narodowej (MON) w 1948 r. przyznało jej Medal Wojska Polskiego. Ponadto otrzymała Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Złoty Krzyż Zasługi, Odznakę za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia, Honorową Odznakę Miasta Łodzi, Honorową Odznakę PTP, odznaczenia PCK, Tytuł honorowy Zasłużony dla Zdrowia Narodu, otrzymała również Krzyż Powstańczy.

Nie doczekała dekoracji swojej osoby Medalem im. Florencji Nightingale. Zmarła 11 listopada 1998 r. (w dzień 80. urodzin).

Medal odebrała córka (stałe mieszkająca we Francji) – Małgorzata Pastwa-Bertrnad 7 października 1999 r., podczas XI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi¹¹.

Łódź, wrzesień 2017 r.

mgr Maria Rzepkowska
Członek Komisji Historycznej PTP
i Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych
w przy OIPIP w Łodzi

Wszystkim, którzy wspomagali mnie cennymi uwagami podczas opracowywania historii życia i pracy Florencji Nightingale oraz jej łódzkich naśladowczyń – Stanisławy Sroczyńskiej, Marii Stencel i Marii Pastwy – serdecznie dziękuję.

Dziękuję Redaktor Naczelnej Biuletynu OIPIP w Łodzi – pani mgr Joannie Gąsiorowskiej – za powierzenie mi tego zadania, za zaufanie i wiarę, że zrobię to dobrze.

Dziękuję pani dr Barbarze Dobrowolskiej, Przewodniczącej Komisji Historycznej Zarządu Oddziału PTP w Łodzi za dobre i twórcze rady związane z ww. opracowaniami.

Dziękuję pani mgr Elżbiecie Mielczarek-Pankiewicz za chętną i życzliwą adjustację tych prac, za cenny instruktaż technicznej strony zapisywania treści konkretnego opracowania

Dziękuję pani mgr Agnieszce Wypych za umożliwienie wnoszenia „w ostatniej chwili” poprawek, za wprowadzenie ciekawego graficznego układu do konkretnych opracowań.

11. Jania Żurawska: „Medal im. Florencji Nightingale dla łodzianki”. Biuletyn OIPIP w Łodzi, 1999, 11, s. 2-3.

Cegiełka do Jubileuszu 60-lecia PTP

ELŻBIETA KRÓL

Pierwszego kwietnia 1969 r. przy Szpitalu im. prof. Z. Radlińskiego ukonstytuowało się Koło Terenowe PTP, którego Zarząd stanowią: przewodnicząca – Maria Jabłońska (Paciorkowska), Alicja Sadokierska – zastępca, Jadwiga Ceglars – sekretarz, Alina Poznańska – skarbnik. Pierwsi członkowie to 36 pielęgniarek, w tym jeden pielęgniarz.

W dniach 8–9 listopada 1969 r. członkinie Koła – Maria Paciorkowska, Zofia Kędzierska, Alicja Poznańska – brały udział w IV Krajowym Zjeździe PTP w Warszawie. Natomiast 11 listopada tegoż roku odbyło się w Łodzi spotkanie z pielęgniarką – p. Barbarą Pajchel, która w interesujący sposób opowiadała o swojej pracy w Maroku.

Od 1970 r. członkinie Koła: Alicja Sadokierska, Zofia Osadowska, Leokadia Staniszevska, Bożena Lewińska, Wanda Bajkiewicz, Jadwiga Kasprzak i inne pomagały w opiece nad Małgosią – córką zmarłej z powodu ciężkiej choroby naszej koleżanki-pielęgniarki – Janiny Michałowskiej. Ojciec wyrzekł się sierotki, którą wychowywali dziadkowie – rodzice zmarłej. Koleżanki umiały Małgosi upominkami Dzień Dziecka czy Gwiazdkę.

2 lipca 1970 r., na apel Zarządu Głównego PTP, część składek naszego Koła przekazano na ufundowanie pracowni w organizowanej wyższej uczelni pielęgniarskiej w Lublinie.

12 lutego 1972 r. członkinie Koła uroczyste pożegnały odchodzącą na emeryturę wzorową Pielęgniarkę Oddziałową – p. Marię Bończak. Organizowano też m.in. wycieczki do Warszawy (w 1970 r.), Legnicy, Kórnika i Rogalina (1973 r.), Krakowa (rok 1982).

W roku 1974 zebrania odbywały się raz w miesiącu, podczas których (głównie) lekarze prowadzili szkolenia. Ponadto były zapraszane na nasze spotkania np. instruktorki z Ośrodka Gospodarstwa Domowego, które pokazywały sposoby pielęgnowania twarzy, makijażu oraz automasażu.

Pierwszego marca 1976 r. Szpital został włączony w strukturę Zespołu Opieki Zdrowotnej/ZOZ Łódź-Bałuty. Terenowe Koło PTP pozostało samodzielną komórką organizacyjną.

Delegatki naszego Koła 17 listopada 1977 r. w UM Łodzi wzięły udział w Naukowym Sympozjum Pielęgniarek z okazji XX-lecia PTP, podczas którego Koło zostało odznaczone Dyplomem Honorowym za długoletnią twórczą działalność.

W 1978 r. liczba członków Koła wynosiła 40 osób. Dwunastego maja obchodzono Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki.

Z funduszy Koła zakupiono upominki, które otrzymali członkowie w drodze losowania. Na tę uroczystość były zaproszone także koleżanki-emerytki, m.in. Maria Wulczyńska i Maria Bończak. W obchodach wzięli udział Lekarz Naczelny – dr Rechciński i Pielęgniarki Naczelne: ZOZ-u Łódź-Bałuty – Benilda Fabian oraz Szpitala WAM – Anna Szumilas, a także dyrektor szkoły przyszpitalnej – p. Z. Osak.

5 kwietnia 1979 r. członkowie Koła wzięli udział w uroczystym odsłonięciu w bibliotece portretu patrona naszego Szpitala – prof. Zygmunta Radlińskiego. Inicjatorem tego wydarzenia był Lekarz Naczelny – dr Rechciński.

Miłe dla nas święta – Dzień Pracownika Służby Zdrowia (7 IV) oraz Dzień Pielęgniarki – umilali nam mali pacjenci z oddziału dziecięcego artystycznym programem, przygotowanym z nauczycielami. Zaproszeni goście, nasze emerytki oraz my, członkowie Koła, spędzaliśmy w serdecznej atmosferze radosne chwile, które łączyły pielęgniarki w bardzo ciężkiej i odpowiedzialnej pracy. Pan Przybyłowicz – fotograf – utrwał te spotkania na zdjęciach.

W gmachu Liceum Medycznego w Łodzi przy ul. Narutowicza 122 w dniu 26 IV 1979 r. odbył się VIII Wojewódzki Zjazd PTP, na którym były koleżanki Maria Bajkiewicz, Anna Szumilas, Maria Paciorkowska. W roku 1979 nasze Koło liczyło 43 członków.

Chwilą zadumy żegnałyśmy zmarłych w roku 1980 naszych pracowników – prof. Edmunda Bartkowiaka oraz Lekarza Naczelnego – dra Rechcińskiego, który pozostał w naszej pamięci jako dobry człowiek o dużym uroku osobistym i życzliwym stosunku do pacjentów oraz współpracowników.

W sierpniu 1980 r. pielęgniarki poparły strajki, które odbywały się w całej Polsce, a w szeregi nowych związków zawodowych „NSZZ Solidarność” wstąpiło 90 proc. pracowników Szpitala.

Tego samego roku nasze koleżanki wzięły udział w Konkursie Mistrzów Zawodu „Złoty Czepek”. Pielęgniarka – Ewa Niżewska zajęła pierwsze miejsce w etapie podstawowym na terenie ZOZ Łódź-Bałuty i zakwalifikowała się do eliminacji wojewódzkich, w których zajęła III miejsce i zdobyła brązową odznakę.

W 1981 r. członkinie naszego Koła przekazały 1500 zł dla Terenowego Koła PTP w Grójcu – w ramach pomocy koleżankom, którym sponął z internatem cały ich dobytek.

Maria Paciorkowska (z powodu kłopotów rodzinnych) 31 grudnia 1982 r. zrezygnowała z funkcji przewodniczącej Koła PTP, którą pełniła od 1 kwietnia 1969 r. Od stycznia 1983 r. nową przewodniczącą Koła została Jolanta Drwał, a Kronikę podjęła się prowadzić Dorota Małecka.

Z okazji Dnia Dziecka nasi mali pacjenci co roku otrzymywali upominki, fundowane przez Zakłady Przemysłu Bawełnianego/ZPB im. J. Marchlewskiego. Przedstawiciele opiekuńczego Zakładu zjawiali się jak czarodzieje z workiem prezentów.

W roku 1987 nasze Koło PTP liczyło 51 osób oraz 5 honorowych członków-emerytów. W dniach 16–17 października tego roku odbyła się konferencja naukowa, zorganizowana przez Zarząd Oddziału PTP w Łodzi wraz z ZG PTP, nt.: „Terapeu-

tyczna rola pielęgniarki”, połączona z obchodami xxx-lecia PTP. Konferencja odbyła się w Studium Medycznym w Pabianicach. Uczestniczyły w niej nasze delegatki: Mirona Krawczyk i Elżbieta Król. Bardzo ładnie prezentowała się Kronika naszego Koła, prowadzona przez Marię Paciorkowską.

Tradycją w naszej działalności był udział w pożegnaniach pracowników Szpitala, kończących swą pracę zawodową – nie tylko pielęgniarek, ale również lekarzy, magistrów, techników, naszych pracowitych gipsarzy i salowych.

5 października 1991 r. w Urzędzie Miasta Łodzi wybrane przez nas delegatki: Elżbieta Król, Bożysława Lewińska i Małgorzata Zawisza wzięły udział w I Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych.

1 czerwca 1992 r. nasza Koleżanka – członek Koła PTP – Pielęgniarka Oddziałowa Maria Pawlak, na wniosek Kapituły Dziecięcej została odznaczona Medalem „Serce – Dziecku” – jako wyraz szczególnego uznania za miłość, pracę i poświęcenie dzieciom „skazanym” na szpital.

Koleżanki – pielęgniarki z oddziału dziecięcego z oddziałową – w latach 90. wpadły na pomysł pomalowania dziecięcych sal szpitalnych (wtedy jeszcze nikt nie słyszał o takich akcjach, jak szpital przyjazny dziecku). Wszystko narodziło się spontanicznie. Nauczycielka plastyki – p. Małgosia – wzięła pędzel do ręki, weszła na drabinę i przeniosła na ściany kolorowe obrazki z bajek. Na jednej ze ścian na błękitnym obłoczku jechała ciuchcia i wiozła w swoich wagonikach Kaczora Donald i Myszki Miki. Z komina lokomotywy buchał dym z czerwonych serduszek. Te kolorowe dziecięce książeczki na ścianach poprawiały nastrój chorym dzieciom oraz radowały ich zmartwionych rodziców, a także personel szpitalny.

W 1998 r. niezwykłym wydarzeniem w historii oddziału dziecięcego i w pracy pielęgniarek był 9-letni pacjent – Jasiek z Istebnej, który pochodził z niezamożnej góralskiej rodziny i miał dziewięcioro rodzeństwa. Malec został potrącony przez samochód, a powikłaniem tego wypadku była deformacja nogi, uniemożliwiająca chłopcu chodzenie, w tym – do szkoły. Dzięki p. Ilonie Struszczyk – dyrektor szpitalnej szkoły – Jasiek

trafił do naszego szpitala. Operację przeprowadził dr (obecnie prof.) Krzysztof Niedzielski, który „wyprostował” chłopcu nogę. Leczenie ulubieńca oddziału trwało kilka miesięcy. Pielęgniarki pomogły Jaškowi w uzupełnieniu braków w wiedzy szkolnej i w przyspieszonym kursie religii, żeby mógł przystąpić do pierwszej Komunii Świętej. Szpitalne „ciocie” przygotowały uroczyste przyjęcie komunijne, chłopczyk dostał m.in. garnitur. Uroczystość odbyła się w kościele p.w. Dobrego Pasterza. Rodzice, którzy przyjechali, nie kryli wzruszenia; w oczach ojca pojawiły się łzy. Na poczęstunek dla „gości” przygotowano świąteczny obiad i słodycze. W prezencie od personelu Jasiek („góral-baca” – jak go nazywały dzieci) dostał piłkę do gry w „nogę”, gdyż jego marzeniem było zagranie w „futbolówkę”.

Działalność naszego Koła PTP przez lata stanowiła dla nas, pielęgniarek, wartościowy dodatek do podstawowych obowiązków zawodowych. Inicjatywy podejmowane przez Zarząd Koła sprawiały nam zadowolenie, zacieśniały koleżeńskie więzi i sprzyjały okazywaniu szacunku wobec emerytek.

Jak już wspomniano, Maria Paciorkowska prowadziła przez wiele lat Kronikę Koła PTP, dokumentując kolejne wydarzenia i historię pracy pielęgniarek. Przez cały ten okres Koło wspierały panie: Przełożona Szpitala – Alicja Sadokierska, Ania Szumilas, Mirona Krawczyk, Wanda Bajkiewicz oraz Naczelne Pielęgniarki ZOZ Łódź-Bałuty – Benilda Fabian i Barbara Topko.

Wiele naszych członkiń otrzymało różne odznaczenia i medale, m.in.: za Wzorową pracę w Służbie Zdrowia, Srebrną Odznakę Związków Zawodowych, Medal 30-lecia PRL, Brązowy Krzyż Zasługi, Honorową Odznakę m. Łodzi. Pani Mirona Krawczyk otrzymała w 1987 r. Złoty Krzyż Zasługi, przyznany przez Zarząd Główny PTP.

Te wiele lat działalności naszego Terenowego koła PTP przy Szpitalu im. Z. Radlińskiego stanowi cegiełkę w obchodzonego w roku 2017 Jubileuszu 60 lat działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Elżbieta Król

Koło Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych przy OIPIP

„Nikt nie umiera na ziemi, dopóki zostaje w sercach tych, którzy zostają”

22 czerwca 2017 r. pożegnałyśmy naszą Koleżankę-Pielęgniarkę

śp. Marię PACIORKOWSKĄ (lat 75)

Od roku 1967 do 2002 pełniła funkcję Pielęgniarki Oddziałowej Specjalistycznej Przychodni Przychodni przy Szpitalu Ortopedyczno-Urazowym im. dra Z. Radlińskiego. Z godnością reprezentowała zawód pielęgniarki, nosząc zawsze czepek – symbol naszego zawodu. Była bardzo zaangażowana w pracę zawodową. Cechowały ją sumienność, rzetelność i profesjonalizm w wykonywaniu obowiązków zawodowych. Okazywała dobroć i życzliwość wobec pacjentów dorosłych i dzieci oraz współpracowników. Przez 35 lat służyła swą pielęgniarską wiedzą i pomagała pacjentom w walce o powrót do sprawności po osobistych nieszczęściach, którzy w przychodni kontynuowali długi proces ortopedycznego leczenia.

Maria Paciorkowska podejmowała wiele inicjatyw na rzecz pielęgniarskiego środowiska. Była jedną z pielęgniarek, które w roku 1969 założyły Terenowe Koło PTP będąc jego przewodniczącą do 1982 r. Koło to podczas wojewódzkich zjazdów PTP było wyróżniane jako najprężniej pracujące koło terenowe. Maria Paciorkowska prowadziła Kronikę PTP, w której rzetelnie u/dokumentowała wiele lat historii naszego zawodu i Szpitala. Pozostanie w naszej pamięci!

Koleżanki z Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych przy OIPIP
oraz współpracownicy ze Szpitala im. Radlińskiego w Łodzi



Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Przynależność pielęgniarek i położnych do samorządu jest obowiązkowa.

Na wniosek osoby posiadającej dyplom ukończenia studiów na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo okręgowa rada pielęgniarek i położnych stwierdza lub przyznaje prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz dokonuje wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych.

Pielęgniarka i położna stają się członkami samorządu z dniem wpisania do rejestru prowadzonego przez właściwą izbę.

Członkami Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi są pielęgniarki i położne, które mają stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu i pozostają wpisane do rejestru prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi jest jednostką organizacyjną samorządu, obejmującą zakresem swojego działania miasto Łódź oraz powiaty: bełchatowski, kutnowski, łęczycki, łódzki wschodni, opoczyński, pabianicki, pajęczański, piotrkowski, radomszczański, rawski, skierniewicki, tomaszowski, wieluński, zgierski.

Przypominamy o obowiązku dokonania wpisu do rejestru:

- ▶ w razie zgłoszenia zamiaru wykonywania zawodu na obszarze działania dwóch lub więcej okręgowych izb pielęgniarka i położna są obowiązane dokonać wyboru okręgowej izby, której będą członkami
- ▶ w przypadku zamiaru rozpoczęcia wykonywania zawodu na obszarze innej okręgowej izby, a także w przypadku wykonywania zawodu na obszarze działania dwóch lub więcej okręgowych izb, jeżeli w wyniku tego miałyby dojść do zmiany dotychczasowej okręgowej izby, pielęgniarka i położna składają wniosek o wykreślenie ich z rejestru dotychczasowej okręgowej izby wraz z informacją o dokonanym wyborze okręgowej izby, której chcą zostać członkami
- ▶ po otrzymaniu uchwały o wykreśleniu z rejestru z dotychczasowej okręgowej izby pielęgniarka i położna składają wniosek o wpis do rejestru wybranej przez siebie okręgowej izby
- ▶ w przypadku wykonywania zawodu wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka i położna składają wniosek o wykreślenie z rejestru wraz z informacją o miejscu wykonywania zawodu

Członkowie samorządu są obowiązani:

- ▶ postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu
- ▶ sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe
- ▶ przestrzegać uchwał organów izb
- ▶ regularnie opłacać składkę członkowską
- ▶ aktualizować dane w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych – w ciągu 14 dni od dnia powstania zmian. Dotyczy to w szczególności: danych osobowych, adresu zamieszkania, informacji o ukończeniu kształcenia podyplomowego, miejsca zatrudnienia



UPRAWNIENIA CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI

Członkowie samorządu mają prawo:

- ▶ wybierać i być wybierani do organów OIPIP w Łodzi
- ▶ korzystać z pomocy izb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz ochrony właściwych warunków wykonywania zawodu
- ▶ korzystać z ochrony i pomocy prawnej izb
- ▶ korzystać z innych świadczeń izb i działalności samopomocowej
- ▶ członkowie OIPIP w Łodzi podlegają bezpłatnemu ubezpieczeniu w zakresie odpowiedzialności cywilnej związanej z wykonywaniem zawodu

Zapraszamy do korzystania z pomocy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w zakresie:

- ▶ **bezpłatnego udziału w formach kształcenia podyplomowego:**
 - szkoleniach specjalizacyjnych
 - kursach kwalifikacyjnych
 - kursach specjalistycznych
 - kursach doszkalających
- ▶ **bezpłatnego udziału w różnych formach doskonalenia zawodowego**

Zasady udziału członków OIPIP w Łodzi w formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego m.in. organizowanego przez OIPIP w Łodzi określone zostały Uchwałą Nr 862/VI ORPIP w Łodzi z dnia 8 października 2013 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego (ze zm.) – tekst na stronie internetowej OIPIP w Łodzi: www.oipp.lodz.pl/zasady_przyznawania_dofinansowania

Wykaz prowadzonych form kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego organizowanego i finansowanego z budżetu OIPIP w Łodzi – aktualizowany jest na bieżąco na stronie internetowej: www.oipp.lodz.pl/ksztalcenie_podyplomowe

- ▶ **pomocy finansowej w związku z wystąpieniem zdarzeń losowych członków samorządu**

Zasady udzielania zapomóg w ramach działalności OIPIP w Łodzi określone zostały Uchwałą nr 908/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 13 listopada 2013 r. w sprawie regulaminu udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (ze zm.) – tekst na stronie internetowej OIPIP w Łodzi www.oipp.lodz.pl/pomoc_socjalna
- ▶ **bezpłatnej pomocy prawnej dotyczącej wykonywanego zawodu**

Bezpłatne porady prawnika w siedzibie OIPIP w Łodzi
- ▶ **bezpłatnego korzystania z zasobów biblioteki OIPIP w Łodzi**
- ▶ **lektury Biuletynu OIPIP w Łodzi, zawierającego informacje dotyczące zarówno życia samorządu zawodowego jak i artykuły merytoryczne związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej**