nr 3(41)/2022 · JESIEŃ

Zdrowie w CENTRUM

Bezpłatny magazyn Centrum Medyczno-Diagnostycznego Sp. z o.o.

Wersja online

Zmiany
w POZ

Umierać
po ludzku

Zanim
zrobisz tatuaż

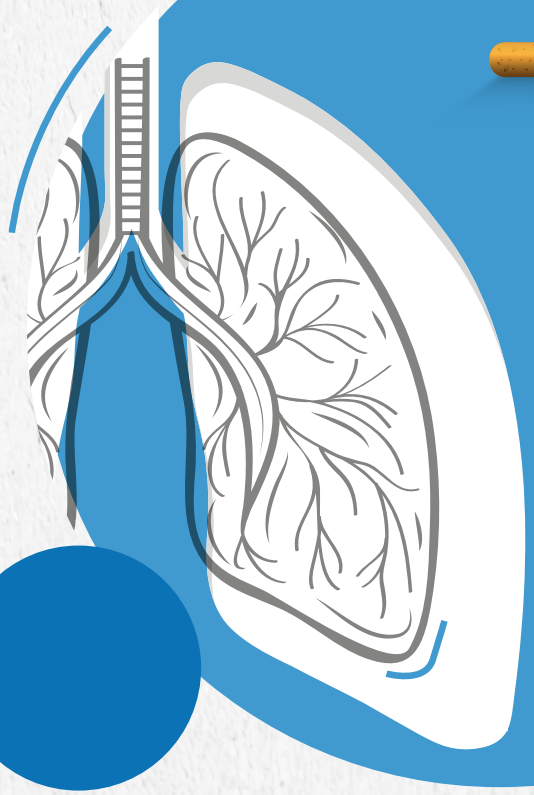
Sezon
na grypę

Wstydliwe
choroby

Jesień
na podniebieniu

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój
Rzeczpospolita Polska
Ministerstwo Zdrowia
Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Projekt pn. „Co zakłóca Twoje płuca" Program profilaktyki nowotworów płuc. Konkurs nr POWR.05.01.00-IP.00-010/19, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 5.1 Programy profilaktyczne. Kwota dofinansowania opiewa na 4 079 281,15 zł. Okres realizacji projektu – 01.01.2020-31.12.2022. Wnioskodawca – Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. Partner projektu – Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o. Obszar realizacji – województwo mazowieckie i województwo łódzkie.



CO ZAKŁÓCA TWOJE PŁUCA

Program profilaktyki nowotworów płuc

NISKODAWKOWA TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA PŁUC
U OSÓB Z GRUP RYZYKA ZACHOROWANIA NA RAKA PŁUCA

Celem głównym projektu jest zwiększenie u pacjentów świadomości w temacie wczesnego wykrywania raka płuc poprzez wdrożenie programu profilaktyki nowotworów płuc. Projekt dedykowany jest osobom w wieku 50-74 lat mieszkańcom woj. mazowieckiego i woj. łódzkiego.

Okres realizacji projektu - 01.01.2020-31.12.2022r.

Miejsca realizacji projektu

WARSZAWA
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
01-138 Warszawa, ul. Płocka 26
ZAPISY 22 43 12 405
www.igichp.edu.pl

MIŃSK MAZOWIECKI
Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o. o.
Przychodnia Zdrowia „Dąbrówka"
05-300 Mińsk Mazowiecki, ul. Dąbrówki 52
ZAPISY 25 633 35 55
www.centrum.med.pl

ŁÓDŹ
Centra Medyczne Medycuesz
Ul. Bazarowa 9 | Ul. Limanowskiego 47
91-052, Łódź
ZAPISY 516 732 053
wwrp@medyceusz.com | www.medycusz.com

Drodzy Czytelnicy,

spotykamy się u progu jesieni nie dowierzając, że lato już minęło... Mam nadzieję, że dla większości z Państwa było to dobre lato i że znaleźliście chwile tylko dla siebie. Przyszło nam żyć w trudnych i niepewnych czasach - wojna na Ukrainie, inflacja, nie odpuszczający covid. Gdzie mamy szukać siły i pocieszenia? W naszym magazynie pomiędzy wierszami znajdziecie Państwo odpowiedź na to pytanie...

1 października wchodzą w życie nowe zasady funkcjonowania POZ - wierzę, że usprawnią działanie tych placówek i że najwięcej skorzystają na nich nasi pacjenci. Nowe kompetencje otrzymają też pielęgniarki, a lekarze będą mieli większą swobodę w leczeniu chorych przewlekle. O szczegółach dowiecie się Państwo z jesiennego wydania "Zdrowia w Centrum". Polecam Państwa uwadze artykuł lek. Marcina Mazura o niebezpieczeństwach, związanych z wykonywaniem tatuaży. To dzisiaj powszechna moda, a niewielu zdaje sobie sprawę, że zabiegi tego typu, przeprowadzane w nieprofesjonalnych studiach, obarczone są ryzykiem zakażenia żółtaczką typu C. Warto o tym pomyśleć, zanim zdecydujemy się na "upiększenie" naszego ciała. Z rozmowy z psycholożką dowiecie się Państwo, jak mądrze dawać i brać i dlaczego dawanie daje nam więcej radości niż branie. Jesień to czas zadumy nad przemijalnością i kruchością życia. Gościem "Zdrowia w Centrum" jest dr Paweł Grabowski, specjalista medycyny paliatywnej, twórca pierwszego w Polsce wiejskiego hospicjum domowego, zwany doktorem Judymem z Podlasia. "My to nazywamy ostatnią prostą - mówi dr Grabowski o odchodzeniu. - To takie samo życie, jak każde inne. Też ma się plany, marzenia. Ludzie na tym etapie życia też czegoś się boją, czegoś oczekują. Skraca się tylko perspektywa. Widzę, że w nieodległym czasie to życie się skończy. Dlatego to jest tak ważne, żeby można było zrealizować te plany. To już nie będzie plan, że za trzy lata uzbieram pieniądze i pojadę na Seszele na miesiąc, ale taki, że za tydzień w dobrym zdrowiu spotkam się z moim wnukami, nacieszę się nimi. Naszą rolą jako hospicjum jest urealniać te plany i marzenia i sprawiać, żeby mogły się one spełniać w dobrym zdrowiu, możliwie bez bólu, niepotrzebnego cierpienia". Smutno się zrobiło na koniec, ale przecież śmierć to część życia. Mądra rozmowa, która niejednego z nas skłoni do refleksji. Życzę Państwu ciepłej, słonecznej jesieni i dużo zdrowia, a także optymizmu i wiary w lepszy świat.

lek. Paweł Żuk
Prezes Zarządu
Centrum Medyczno-Diagnostycznego Sp. z o.o.
w Siedlcach

Zdrowie w CENTRUM

nr 3(41)/2022

2 ..... ABC antybiotykoteriapii
2 ..... Lęk i stres - zabiegi operacyjne
10 ..... Pomóż, by o Mateuszku usłyszało więcej osób
14 ..... Starość - ostatnia droga mniej samotna
18 ..... Nie ma dawania bez brania
22 ..... Powiększone migdałki a rozwój mowy
26 ..... Karmienie piersią - standardy postępowania
30 ..... Błędy żywieniowe dotyczące owoców i warzyw
34 ..... Głos natury: W świecie sów
Co nowego w Centrum? - Święto w Przesmykach 4
Zmiany w POZ - lekarz i pacjent mogą więcej 8
Związek pracodawców SPOIWO 12
Prawo do obecności bliskich - świadczenia zdrowotne .. 16
Zanim wykonasz tatuaż 20
Szczepienia przeciw grypie w sezonie 2022/2023 24
Poznaj grzyby - unikniesz zatrucia! 28
Przepisy: Jej wysokość szarlotka 32
Pielęgniarstwo to zawód prestiżowy 36

Wydawca:
Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o., ul. Niklowa 9, 08-110 Siedlce

Redaktor prowadzący: Monika Mikołajczuk
Współpraca redakcyjna: Monika Jastrzębska
Konsultacja medyczna: lek. Olga Wysokińska

Opracowanie graficzne, skład i druk:
FOLD Sp. z o.o.
www.fold.pl

Kontakt dla reklamodawców: redakcja@centrum.med.pl • 25 633 35 55
nakład: 7.000 egzemplarzy

ABC antybiotykoterapii

Powszechne, często nieprzemyślane stosowanie antybiotyków, sprawia, że ich skuteczność jest coraz mniejsza, a choroby bakteryjne, które były stosunkowo łatwe do wyleczenia, nagle powodują masowe zakażenia, ponieważ dotychczas stosowany antybiotyk okazuje się niewystarczający!

Antybiotyki to substancje chemiczne, które mają zdolność niszczenia bakterii lub hamowania ich wzrostu. Historia powstania pierwszego antybiotyku rozpoczęła się w 1928 roku i była w dużej mierze dziełem przypadku. Alexander Fleming odkrył bakteriobójcze działanie niebieskiej pleśni, z której później wyizolował substancję nazwaną penicyliną. Na pierwsze zastosowanie kliniczne antybiotyku w Wielkiej Brytanii trzeba było poczekać do roku 1941, rok później użyto penicyliny w USA. Wprowadzenie penicyliny na rynek farmaceutyczny zbiegło się w czasie z trwającą drugą wojną światową. Pomimo tego, że penicylina była otrzymywana z hodowli pleśni i tak droga, że opłacało się ją odzyskiwać z moczu leczonych pacjentów, miała znaczenie strategiczne, ponieważ decydowała o losach żołnierzy rannych na polach walki, którzy masowo umierali z powodu zakażenia ran. Antybiotyk mógł ich uratować i przyspieszyć powrót na front.

BŁĘDY W STOSOWANIU ANTYBIOTYKÓW

W latach czterdziestych i pięćdziesiątych XX w. antybiotyki były stosunkowo drogie. **Stosowano je przede wszystkim w szpitalach**, u pacjentów w poważnym stanie, u których ryzyko podania nowego leku było uzasadnione. Wyniki okazały się bardzo dobre, więc wzrosło zapotrzebowanie na antybiotyki. Przemysł farmaceutyczny rozpoczął masową produkcję, szukając jednocześnie sposobów obniżenia kosztów. W latach 50. XX w. w amerykańskich aptekach i drogeriach penicylina była dostępna bez recepty (stosowano ją jak aspirynę), a w latach 70. uważano, że wkrótce uda się opracować „antybiotyk na wszystkie bakterie". Euforię podsyciło odkrycie, że chorobę wrzodową, a być może i zawał, wywołuje bakteria. Wystarczy więc podać pacjentom antybiotyk, aby ustrzec ich przed tymi dolegliwościami. Pomimo ogólnego zachwytu nad cudownym lekiem lekarze kliniczni zaobserwowali, że wielu pacjentów nie reaguje na leczenie penicyliną, mimo że inni, wcześniej leczeni w identyczny sposób, wracali do zdrowia. Dopóki zjawisko to dotyczyło szpitali, dopóty można było je stosunkowo prosto opanować. Niestety, okazało się, że wzrost odporności na antybiotyki jest powszechny i dotyka także pacjentów leczonych w warunkach domowych. W ten sposób udowodniono, że bakterie potrafią wytworzyć oporność na antybiotyki. Nie wszystkie bakterie potraktowane antybiotykiem giną. Niektóre z nich przeżywają i zachowują zdolność rozmnażania się, przekazując następnemu pokoleniu gen, któremu zawdzięczają odporność na lek. Taka selekcja powtarza się wiele razy. **W każdym kolejnym pokoleniu szczepu, potraktowanego antybiotykiem, pojawia się coraz więcej organizmów odpornych.** Procesowi sprzyjają błędy w dawkowaniu leków: zbyt krótka terapia, za mała dawka leku sprawiają, że więcej bakterii ma szansę przeżyć kontakt z lekiem i rozmnażając się, przekazywać geny odpowiedzialne za lekooporność. Sytuacji nie poprawił fakt, że antybiotyki zaczęli stosować lekarze weterynarii i hodowcy zwierząt, znacznie poprawiając wyniki finansowe. Wcześniej masowe zachorowania zwierząt na choroby wywoływane przez bakterie potrafiły pustoszyć całe farmy. Pomogły antybiotyki. Niektórzy podają je profilaktycznie zdrowym zwierzętom, wychodząc z założenia, że zanim pojawią się efekty uboczne, zwierzę trafi do ubojni. Problem w tym, że ludzie spożywający mięso tych zwierząt mimowolnie aplikują sobie dawkę antybiotyku. Powszechne, często nieprzemyślane stosowanie antybiotyków, sprawia, że ich skuteczność jest coraz mniejsza, a choroby bakteryjne, które były stosunkowo łatwe do wyleczenia, nagle powodują masowe zakażenia, ponieważ dotychczas stosowany antybiotyk okazuje się niewystarczający!

JEŚLI JESTEŚMY ZMUSZENI PRZYJĄĆ ANTYBIOTYK, TRZYMAJMY SIĘ KILKU PROSTYCH ZASAD:

1. **Przyjmuj lekarstwo na godzinę przed jedzeniem albo dwie po nim.** Każdy posiłek, zwłaszcza bogaty w węglowodany (np. warzywa, produkty zbożowe), zmniejsza przyswajanie substancji zawartych w leku.

2. **Nie rozgryzaj tabletek i nie wysypuj zawartości kapsułki.** Jeśli rozdrobnisz lek, do żołądka dotrze mniejsza jego dawka. Poza tym niektóre preparaty muszą trafić do żołądka w osłonce, żeby nie zniszczył ich kwas solny.

3. **Nie popijaj leku sokami cytrusowymi, mlekiem ani napojami mlecznymi.** Związki zawarte w sokach utrudniają wchłanianie leku z przewodu pokarmowego. Mleko i jego przetwory (kefir, jogurt, sery) mają dużo wapnia, który wchodzi

w reakcję z lekiem, tworząc nierozpuszczalne w wodzie sole, przez co antybiotyk jest gorzej wchłaniany (o ok. 50 proc.). Nie musisz jednak całkowicie rezygnować z nabiału. Trzeba tylko zażyć lek 2 godziny przed lub po spożyciu produktów mlecznych. Najlepiej popij preparat dużą ilością niegazowanej wody z małą zawartością soli mineralnych. Związki te powodują gorsze wchłanianie leków.

4. **Antybiotyk łykaj z zegarkiem w ręku i nie modyfikuj dawki.** Zwykle podaje się go w równych odstępach czasu: co 4, 6 lub 8 godzin, zaś leki nowej generacji 1 - 2 razy na dobę. Chodzi o to, by utrzymać stały poziom leku we krwi. Gdy antybiotyku będzie za mało, bakterie zaczną się rozmnażać i "kombinować", jak go pokonać. Może to doprowadzić do uodpornienia na dany specyfik. Jeżeli spóźnisz się nie więcej niż godzinę, zażyj lek, a następną dawkę zgodnie z wcześniej wyznaczoną porą. Gdy przerwa będzie dłuższa, omiń jedną dawkę. Nigdy nie bierz podwójnej porcji, bo skumulowanie antybiotyku w organizmie zwiększa ryzyko działań ubocznych.

5. **Obserwuj, jak twój organizm reaguje na preparat.** Na ogół każdej terapii towarzyszą działania niepożądane. Dopóki są one mniej groźne niż sama infekcja, leki uważa się za bezpieczne. Jednak w razie osłabienia, pokrzywki, uporczywej biegunki czy wymiotów skonsultuj się z lekarzem, żeby zadecydował, czy nie zmienić preparatu. W przypadku duszności, obrzęku języka czy krtani, bladości skóry, utraty przytomności natychmiast wezwij lekarza. Takie objawy mogą zwiastować niebezpieczny dla życia wstrząs anafilaktyczny. Przytrafia się rzadko, ale wymaga błyskawicznej pomocy medycznej.

6. **W czasie kuracji zrezygnuj z picia alkoholu.** Nawet słabe napoje alkoholowe wchodzą w interakcje z niektórymi antybiotykami. Mogą utrudniać lub zwiększać ich wchłanianie przez organizm, a czasem potęgować działania uboczne.

7. **Na czas przyjmowania antybiotyków odstaw preparaty żelaza, wapnia oraz leki stosowane w nadkwaśności żołądka**, ponieważ wiążą się wzajemnie i nie są wchłaniane z przewodu pokarmowego. Nie przyjmuj też żadnych witamin, ponieważ są dobrą pożywką dla bakterii. Po multiwitaminy sięgnij po zakończeniu kuracji, żeby wzmocnić organizm.

8. **Nie przerywaj kuracji tuż po ustąpieniu objawów.** Zwykle leczenie trwa 3, 7 albo 10 dni. Ale o tym decyduje lekarz. Przy ostrym zapaleniu pęcherza antybiotyk wystarczy brać przez 3 doby, a ciężka angina czasem wymaga kuracji dwutygodniowej. Już w środku terapii, gdy antybiotyk zabije większość bakterii, poczujesz się lepiej. Trzeba jednak brać lek do końca. W przeciwnym razie część bakterii zacznie się znowu rozmnażać, powodując nawrót choroby.

9. **Nie bierz antybiotyku na własną rękę, bez konsultacji z lekarzem.** Sięganie po lek, który pozostał po poprzedniej, pozornie podobnej chorobie, może nie tylko ci nie pomóc, ale wręcz zaszkodzić. Przypadkowy antybiotyk zrobi spustoszenie w naturalnej florze bakteryjnej i osłabi system odpornościowy. Narazisz się więc na kolejne infekcje. Pamiętaj, że na zwykłe przeziębienie wystarczą krople do nosa, syrop od kaszlu, ciepłe łóżko i kilka dni odpoczynku.

10. **Po zażyciu ostatniej dawki lekarstwa zadbaj o odbudowanie naturalnej flory bakteryjnej.** Pomogą w tym preparaty zawierające żywe kultury bakterii kwasu mlekowego. Przywracają one właściwy skład flory i wzmacniają naturalne siły obronne organizmu, zapobiegając kolejnym zakażeniom.

Gdy infekcje się powtarzają, najkorzystniejszym rozwiązaniem jest wykonanie antybiogramu. Jak wygląda badanie? Najpierw pobiera się wymaz z miejsca, gdzie rozwinęło się zakażenie bakteryjne, np. z gardła, nosa, pochwy albo bierze się próbki krwi czy moczu. Następnie wysiewa się pobrany materiał na odpowiednie podłoża. Jeśli na którymś z nich zostaną wyhodowane bakterie, poddaje się je działaniu specjalnych krążków, nasączonych antybiotykami. Gdy w okolicy krążka nie nastąpi wzrost bakterii, antybiotyk uważa się za skuteczny. Na wynik badania trzeba czekać 5 - 7 dni. W przypadku ostrych infekcji wykonanie antybiogramu nie jest wskazane, bo odkładanie leczenia grozi bardzo poważnymi powikłaniami. Stosuje się wówczas leczenie celowane, aby jak najszybciej zahamować rozwój bakterii w organizmie.

NIE DZIAŁAJĄ NA WIRUSY

Wśród pacjentów pokutuje przekonanie, że antybiotyk jest dobry na wszystko, a przecież nie wszystkie infekcje są wywołane przez bakterie. Za wiele chorób odpowiadają wirusy, które nie są wrażliwe na antybiotyki. Większość infekcji dróg oddechowych to infekcje wirusowe. Katar, przeziębienie czy zapalenie gardła w 80-90% są wywołane przez wirusy, i powinny być leczone objawowo. Również zapalenie oskrzeli czy zatok ma w zdecydowanej większości tło wirusowe i może być leczone z powodzeniem bez podawania antybiotyku. Są oczywiście sytuacje, gdy lekarz już na pierwszej wizycie może podejrzewać tło bakteryjne infekcji i włączyć do leczenia antybiotyk. Jeżeli po zastosowaniu leczenia objawowego infekcji dróg oddechowych stan pacjenta w ciągu 3–5 dni nie poprawia się lub pogarsza, powinien być ponownie zbadany przez lekarza. **Zdarza się, że do wirusowej infekcji dróg oddechowych dołącza się zakażenie bakteryjne**, ponieważ wirusy uszkadzają nabłonek dróg oddechowych i w ten sposób ułatwiają bakteriom przełamanie bariery ochronnej organizmu. **Wtedy włączenie antybiotyku jest wskazane**. Antybiotyki nie działają na wirusy, więc leczenie przeziębienia, kataru czy niepowikłanej grypy antybiotykiem jest nie tylko bezcelowe, ale naraża pacjenta na wystąpienie skutków ubocznych leku, zniszczenie flory fizjologicznej i rozwój antybiotykooporności. Antybiotyki są natomiast konieczne w leczeniu powikłań niektórych chorób wirusowych. Wirusowym chorobom zakaźnym, w tym chorobom wieku dziecięcego, często towarzyszą infekcje bakteryjne. Przykładowo zapalenie ucha środkowego występuje w przebiegu odry, a zapalenie płuc jest ciężkim powikłaniem grypy, odry i ospy wietrznej.

Chociaż naukowcy nie siedzą z założonymi rękami, udoskonalając znane leki i odkrywając nowe, obiecujące substancje, to problem w tym, że bakterie zaczynają ich wyprzedzać. Nowych leków szuka się latami, później latami bada się ich skuteczność, poznaje efekty uboczne, w końcu przygotowuje technologię produkcji. Cykl od odkrycia do produkcji może trwać nawet kilkanaście lat i bywa niewyobrażalnie kosztowny. Poszukiwanie nowych leków nie wystarczy, potrzebna jest zmiana sposobu stosowania antybiotyków. Pierwszą próbę obrony przed chorobą powinien podjąć organizm, korzystając ze swojego naturalnego arsenału. Jeśli chcemy zachować skuteczność antybiotyków, powinniśmy ich używać tylko wtedy, kiedy są rzeczywiście niezbędne. W pozostałych przypadkach lepiej liczyć na naturalne możliwości organizmu.

Jolanta Pankowska-Kowalczyk
mgr farmacji

Co nowego w Centrum?

Święto w Przesmykach – poświecenie budynku Urzędu Gminy i Przychodni Zdrowia

W dniu 27 sierpnia odbyło się uroczyste poświęcenie i otwarcie przebudowanego budynku Urzędu Gminy w Przesmykach wraz z częścią, w której zlokalizowana jest przychodnia zdrowia.

Poświęcenia obiektu dokonał ks. Krzysztof Jaszczuk, proboszcz parafii Przesmyki. W uroczystości wzięli udział zaproszeni goście oraz społeczność lokalna.

Wydarzeniu towarzyszyły występy i atrakcje dla mieszkańców i zaproszonych gości. Można było skosztować potraw regionalnych przygotowanych przez lokalne koła gospodyń wiejskich. Na scenie nie zabrakło muzycznych akcentów, wystąpił m.in. Zespół Folklorystyczny „Przesmyczanki".

Inwestycja robi imponujące wrażenie. Rozbudowa budynku umożliwiła powstanie przychodni zdrowia zapewniającej pacjentom usługi z zakresu medycyny rodzinnej, poradni specjalistycznych oraz pracowni rehabilitacyjnej.

Zdrowie pod kontrolą

W dniach 10 i 11 września 2022 r. w Siedlcach miały miejsce XXVIII Międzynarodowe Dni z Doradztwem Rolniczym.

Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o. o. było również obecne. Prowadziliśmy Punkt Pomocy Medycznej. W naszym punkcie wykonywaliśmy pomiary ciśnienia, badaliśmy poziom glukozy oraz ocenialiśmy stan zdrowia wątroby wykonując testy na HCV. Każdy chętny mógł uzyskać informacje o badaniach profilaktycznych - mammografii, cytologii, niskodawkowej tomografii komputerowej płuc dedykowanej palaczom.

Dziękujemy za duże zainteresowanie, mimo deszczowej aury.

Zespół medyczny Centrum MD

Dom SENIORA w Hołubli

ul. Siedlecka 68 • 08-107 Paprotnia

Całodobowa opieka dla osób dorosłych, chorych,
z niepełnosprawnością lub wymagających wsparcia z innych powodów.

ZAKRES ŚWIADCZEŃ

- **OPIEKA LEKARSKA**
- **OPIEKA PIELĘGNIARSKA**
- **REHABILITACJA**
- **TERAPIA ZAJĘCIOWA**

Naszym priorytetem jest podniesienie jakości życia podopiecznych,
dzięki zapewnieniu najwyższych standardów usług medycznych.

Oferujemy pobyty **całodobowe stałe**
lub **krótkoczasowe** (wytchnieniowe).

ZAPRASZAMY
DO KONTAKTU

GRUPA CENTRUM

Kierownik - mgr Dorota Fajnas
517 016 511
dorota.fajnas@centrum.med.pl
www.centrum.med.pl

Lęk i stres u osób starszych przed zabiegiem operacyjnym

W przygotowaniu chorego do zabiegu operacyjnego, zwłaszcza chorego w starszym wieku, praca z pacjentem ukierunkowana jest na zmniejszenie poczucia zagrożenia, lęku, budowania optymizmu i wiary w sukces procesu leczenia.

Przemiany społeczne, socjalne i polityczne w szczególny sposób dotyczą ludzi starych. Postrzeganie człowieka starego jako osoby zależnej jest jedną z przyczyn problemów tego wieku. Stan zdrowia związany z procesem starzenia pogłębiają poczucie osób starszych jako niesamodzielnych, zaburzają również komunikowanie się z otoczeniem. Poczucie odrzucenia, osamotnienia i uzależnienia związane jest się z poczuciem straty tożsamości. Pozycja społeczna, bezpieczeństwo finansowe i prestiż zostaje zachwiany. Wówczas pojawia się niepokój, niepewność, który jest źródłem stresów i lęków.

Lęk. Bardzo często skutecznie dezorganizuje aktywność złożoną człowieka, niekiedy całkowicie go wyłącza z życia społecznego, uniemożliwiając mu wykorzystywanie dotychczasowej wiedzy i doświadczenia. Zagraża on również zdrowiu fizycznemu, a nawet życiu. Pewna liczba zgonów niewątpliwie związana jest z ostrą formą lęku. Również lęk przewlekły daje odległe skutki psychiczne i somatyczne.

Stres. Przebywanie w sytuacjach, które wyzwalają reakcje stresowe, powoduje szkodliwe zmiany aparatu psychicznego i fizycznego, które nazywa się skutkami przeżywania stresów. Najczęstsze zmiany w psychice to wewnętrzne napięcie, przygnębienie, depresja, apatia, podniecenie, obniżenie sprawności psychicznej, np. pamięci, uwagi. Przeżywanie częstych stresów staje się przyczyną wyczerpania ogólnej energii przystosowawczej, przeciążenia współpracy poszczególnych układów organizmu. **Operacja** stanowi dla większości pacjentów szczególne przeżycie, bowiem w świadomości chorego zostaje wzbudzone poczucie zagrożenia utraty życia. Bardzo ważne jest przygotowanie chorego do operacji od strony fizycznej, jak i psychicznej. Okres przygotowania jest indywidualny i zróżnicowany.

W przygotowaniu chorego do zabiegu operacyjnego, zwłaszcza chorego w starszym wieku, praca z pacjentem ukierunkowana jest na zmniejszenie poczucia zagrożenia, lęku, budowania optymizmu i wiary w sukces procesu leczenia. Podstawowym elementem w procesie przygotowania, który ma za zadanie zminimalizowanie stresu przed zabiegiem, jest holistyczne postrzeganie pacjenta. Zaspokojenie potrzeb natury fizycznej często są równoczesnym pielęgnowaniem jego chorego ciała, niedogodności fizycznych powstałych w wyniku choroby. Sfera psychiczna chorego nierzadko jest najważniejszą częścią, która powinna być ujęta w planowaniu procesu pielęgnowania i leczenia chorego [29].

Zmiana otoczenia. Ważnym czynnikiem psychokorektywnym, kojącym uczucie lęku, jest atmosfera panująca na oddziale. Składa się na nią wiele elementów, takich jak stosunek całego personelu do chorych, wzajemne relacje interpersonalne związane nie tylko z efektywną pracą zespołową, ale również z tworzeniem atmosfery spokoju, szacunku i wzajemnego wsparcia.

Lęk przed operacją związany jest też z odkryciem intymnych części ciała podczas niej, oszpeceniem, konsekwencjami samego zabiegu i jego efektów. Przyszłość po operacji postrzegana jest przez osoby starsze jako niewątpliwa zmiana warunków życia w sensie negatywnym. Na dalszy plan zepchnięty jest cel operacji – zniwelowanie dolegliwości.

Poziom wiedzy. Kolejnym elementem przygotowania pacjenta do zabiegu jest aktywne oddziaływanie na jego dyspozycję poznawczą, polegające na dostarczaniu informacji dotyczących samej operacji i tego, co będzie się działo po zabiegu. Zakłada się, że pacjent ma prawo do wszystkich informacji związanych z diagnozą, leczeniem i konsekwencjami. Wpływa to na pozytywne nastawienie do siebie i do choroby. Odpowiednie postępowanie personelu w kwestii przekazywania choremu informacji o jego sytuacji i jej następstwach stwarza nowe okoliczności, które mogą korzystnie wpłynąć na orientację pacjenta w jego aktualnym położeniu. Głównym informującym pacjenta o obecnym stanie zdrowia, konieczności podjęcia działań radykalnych w procesie leczenia, jest lekarz.

Oczekiwania pacjenta wobec pielęgniarki również nie sprowadzają się tylko do właściwego wykonania czynności instrumentalnych. W związku z tym ważne jest, by pielęgniarka potrafiła zrozumieć i odróżnić indywidualne reakcje pacjenta. Ma to duże znaczenie dla odzyskania przez niego poczucia bezpieczeństwa i nadziei, np. udanego zabiegu. Pozytywny klimat wokół chorego pielęgniarka potrafi stworzyć okazując pacjentowi akceptację, szacunek, otwartość i empatię.

Analiza badań własnych.

Przeprowadzono badania na 110 osobach w podeszłym wieku, aby określić najważniejsze czynniki stresogenne w okresie przygotowania do zabiegu operacyjnego. Zastosowano metodę sondażu, posługując się kwestionariuszem ankiety. Ankieta składała się z 30 pytań. Pytania w niej zawarte dotyczyły poznania przyczyn odczuwania lęku, radzenia sobie ze stresem i czynników stresogennych w trakcie hospitalizacji.

WNIOSKI

1. Większość badanych odczuwała lęk przed zabiegiem operacyjnym. Niemal wszyscy badani podawali brak zrozumiałej informacji o chorobie, ich leczeniu pomimo rozmów, jakie prowadził z nimi personel.
2. W okresie przygotowania do zabiegu operacyjnego ankietowani podają, że zrozumiała informacja dotycząca ich choroby pozwala łatwiej pokonać stres związany z leczeniem.
3. Emocjonalne przygotowanie do zabiegu operacyjnego powinno być prowadzone poprzez wszystkich fachowych pracowników oddziałów zabiegowych.
4. Szczególną rolę w pracy przygotowawczej do zabiegu operacyjnego odgrywają pielęgniarki, których rola jest dodatkowo wzmocniona bezpośrednim działaniem zabiegowym.

Beata Łaziuk
doktor nauk o zdrowiu
magister pielęgniarstwa

MEDYCZNA SZKOŁA POLICEALNA
im. prof. Zbigniewa Religi w Siedlcach
SZKOŁA BEZPŁATNA!
NIE WYMAGAMY MATURY! * ORGANIZUJEMY KURSY!
BRAK OGRANICZEŃ WIEKOWYCH
KIERUNKI KSZTAŁCENIA:
- ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
- ASYSTENTKA STOMATOLOGICZNA
- HIGIENISTKA STOMATOLOGICZNA
- OPIEKUN MEDYCZNY
- OPIEKUN OSOBY STARSZEJ
- OPIEKUN W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ
- OPIEKUNKA DZIECIĘCA
- OPIEKUNKA ŚRODOWISKOWA
- ORTOPTYSTKA
- PROTETYK SŁUCHU
- TECHNIK BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY
- TECHNIK ELEKTRORADIOLOG
- TECHNIK MASAŻYSTA
- TECHNIK STERYLIZACJI MEDYCZNEJ
- TECHNIK USŁUG KOSMETYCZNYCH
- PODOLOG
- TERAPEUTA ZAJĘCIOWY
- FLORYSTA
KURSY:
- Z ZAKRESU USŁUG MEDYCZNYCH
- Z ZAKRESU EDUKACJI I ROZWOJU OSOBISTEGO
- Z ZAKRESU MASAŻU
- KOSMETYCZNE
- JĘZYKOWE
- ARTYSTYCZNE
- KOMPUTEROWE
- MATURALNE
ul. Młynarska 17, 08-110 Siedlce
tel. 25 644 78 17, 798 770 017
www.ckziu.siedlce.pl

Zmiany w POZ

lekarz i pacjent mogą więcej

Rozmowa z dr Pawłem Żukiem,
Prezesem Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach

Praca nad reformą POZ trwała intensywnie przez ostatni rok w zespole kierowanym przez konsultanta krajowego medycyny rodzinnej prof. Agnieszkę Mastalerz-Migas. Jak Pan ocenia przebieg tych prac?

Na początku chciałbym zaznaczyć, że reforma POZ rozpoczęła się znacznie wcześniej, bo w 2017 roku. Zmiany, które weszły w życie 1 lipca, są zwieńczeniem tego procesu, poprzedzonego bardzo dużym pilotażem. Wzięło w nim udział kilkaset tysięcy pacjentów i mimo pandemii, która wyhamowała wiele przedsięwzięć nie tylko w służbie zdrowia, oceniam ten pilotaż bardzo pozytywnie. Pacjenci z przychodni Centrum też dobrze to odebrali. Komisja, w której pracach uczestniczyliśmy, zrobiła pierwszy krok. Uporządkowała pewne problemy, ale zmiany nie nastąpią z dnia na dzień. Myślę, że nawet potrzeba minimum dwóch lat, aby ta reforma się wykrystalizowała. To jest ten czas, by nowe jednostki przygotowały się do pracy.

Jakie są podstawowe założenia zmian w funkcjonowaniu POZ-ów?

Przede wszystkim musimy się zająć grupą pacjentów z chorobami przewlekłymi. Założeniem reformy jest to, by pacjenci chorzy przewlekle byli w jak największym stopniu prowadzeni na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, a nie tylko przekazywani do specjalistów, tak jak do tej pory się działo. Jest wiele chorób, np. cukrzyca, które mogą być prowadzone przez lekarza POZ. To lekarz rodzinny odpowiada za diagnostykę. Oczywiście, jeśli nie czuje się na siłach, by samodzielnie prowadzić pacjenta, będzie się konsultował ze specjalistą dziedzinowym, aby ten proces leczenia maksymalnie usprawnić. W dotychczasowym modelu opieki nad pacjentem na poziomie POZ chorzy byli niejako przetrzymywani w przychodni bez możliwości dalszego leczenia, bo lekarz rodzinny nie mógł zlecić wielu badań, np. echa serca, tylko musiał skierować pacjenta do kardiologa… To bardzo dobra wiadomość w szczególności dla mieszkańców terenów wiejskich, którzy mieli ograniczone możliwości dotarcia do specjalistów w ramach POZ. **W nowym profilu POZ znalazło się też miejsce na instytucję koordynatora, którego zadaniem jest pomaganie pacjentowi w organizacji terminów wizyt, dostępu do badań i konsultacji ze specjalistami.**

Jak podkreśla krajowa konsultant medycyny rodzinnej, w proces edukowania pacjentów z chorobami przewlekłymi mają być bardziej zaangażowane pielęgniarki. Jak zmieni się ich rola po wprowadzeniu reformy?

Rola pielęgniarek na tym etapie reformowania POZ jest nieoceniona. Otrzymały one nowe kompetencje i nowy wachlarz usług. To właśnie personel pielęgniarski ma odegrać kluczową rolę w opiece nad chorym po hospitalizacji. Pielęgniarki będą też czuwać nad programami profilaktycznymi, kierując pacjenta na określone badania oraz realizować wizyty domowe i pomóc pacjentowi, np. w przypadku ran przewlekłych i trudno gojących się.

Poszerzona lista badań diagnostycznych, które w ramach reformy POZ lekarz rodzinny będzie mógł zlecić do wykonania u swojego pacjenta, powinna ucieszyć niejednego z nas…

To prawda, na tej liście znajdą się m.in. takie badania, jak szybki test wykrywający antygen paciorkowca, badania na przeciwciała anty-CCP do rozpoznania reumatoidalnego zapalenia stawów oraz przeciwciała przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu C, szybkie testy (CRP – szybki test ilościowy dla dzieci do ukończenia 6. roku życia oraz strep-test), badanie poziomu witaminy B12, antygenu H. pylori w kale, biopsja cienkoigłowa i wiele innych. Oprócz tego lekarz POZ może skierować pacjenta na tomografię klatki piersiowej, ale jest jeden warunek: wykonane wcześniej zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej wykaże nieprawidłowości wymagające pogłębienia diagnostyki.

Zmiany dotyczące opieki na pacjentami chorymi przewlekle łączą się z wdrożeniem opieki koordynowanej.

Tak, opieka koordynowana na poszerzonym poziomie, według założeń reformy, będzie realizowana od 1 października i obejmie chorych z najczęstszymi chorobami cywilizacyjnymi, m.in. cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością serca, migotaniem przedsionków, przewlekłą chorobą niedokrwienną serca, niedoczynnością tarczycy, astmą czy POChP. Poza poszerzonym pakietem badań taki chory otrzyma też możliwość konsultacji ze specjalistami dziedzinowymi, np. diabetologiem i kardiologiem. Ten model opieki nad pacjentem zakłada, że w POZ odbywa się koordynacja całego procesu leczenia: od diagnostyki, przez wstępne rozpoznanie po szczegółowe diagnozy specjalistyczne i wreszcie adekwatne leczenie. To POZ ma być tym elementem zarządzania ścieżką pacjenta.

Kto dodatkowo będzie mógł skorzystać z programu profilaktyki chorób układu krążenia?

Skorzystają z niego osoby w wieku od 35 do 65 lat, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia, cukrzyca, przewlekła choroba nerek lub rodzinna hipercholesterolemia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia (także u innych świadczeniodawców). Kolejne świadczenie będzie przysługiwać po upływie 5 lat. Program będą mogły samodzielnie realizować pielęgniarki, zamiast – tak jak dotychczas – tylko lekarze POZ.

Jak zapowiadają autorzy zmian, mają za tym iść dodatkowe zachęty finansowe. Jak to będzie wyglądać w praktyce?

Po pierwsze zmieni się system finansowania placówek POZ. NFZ wprowadzi nowe formy płatności za usługi, które uzupełnią stawkę kapitacyjną, którą placówka otrzymuje za każdego zapisanego pacjenta, niezależnie od odbytych wizyt. Nowością w finansowaniu ochrony zdrowia w POZ jest tzw. budżet powierzony. NFZ w umowach ze świadczeniodawcami będzie mógł zabezpieczyć kwotę, dzięki której będziemy mogli kierować pacjentów na dodatkowe badania w celu postawienia diagnozy, a także na konsultacje do specjalistów, z którymi POZ współpracuje. To zaś oznacza, że pacjent nie zostanie sam ze skierowaniem, ale zostanie kompleksowo zaopiekowany przez swojego lekarza rodzinnego. Środki z budżetu powierzonego będą rozliczane tylko w przypadku realizacji badań lub innych usług.

Zostanie również wprowadzona premia za realizację profilaktyki chorób układu krążenia oraz raka szyjki macicy, gdzie będzie miał znaczenie procent objęcia kwalifikującej się do badań populacji. Mówiąc prościej, POZ będzie otrzymywać premie, jeżeli pacjenci będący pod opieką, będą korzystali w dużym stopniu z badań profilaktycznych.

Reforma budzi mieszane uczucia. Słyszy się głosy, że nosi ona raczej znamiona eksperymentu niż dobrze przemyślanego i przedyskutowanego z wieloma środowiskami pomysłu na poprawę funkcjonowania POZ... Jak sprawozdawać wykonane świadczenia, w jaki sposób się do tego przygotować? Skąd pozyskać kadry do nowych czynności? I jakie stosować narzędzia? W jaki sposób w oparciu o jakie kryteria oraz kiedy będą rekompensowane dodatkowe koszty? – to pytania krytyków reformy.

Jest to bardzo duże wyzwanie - to fakt. Można powiedzieć, że jest to pierwsza duża reforma POZ od jego wprowadzenia w latach 90. ubiegłego wieku. Ta reforma wychodzi naprzeciw zmieniającym się trendom demograficznym, nowym oczekiwaniom pacjentów i wymaganiom efektywnego finansowania ochrony zdrowia. Wymaga ona zmiany formuły pracy, większy nacisk kładzie się na pracę zespołową, współodpowiedzialność oraz opieranie się o wymierne wskaźniki. Pewnego przedefiniowania wymagać też będzie relacja pacjent – profesjonaliści medyczni. Pacjent w tym nowym modelu musi wziąć większą odpowiedzialność za swoje zdrowie i za odpowiednią współpracę z przychodnią przy pomocy koordynatora. Aby proces opieki był „płynny", potrzeba odpowiednich narzędzi informatycznych i to też jest wyzwanie. Bardzo ważnym elementem jest odpowiednie przygotowanie edukacyjne personelu medycznego. Jednym zdaniem - wyzwań jest naprawdę wiele. Na koniec zacytuję Winstona Churchilla: „Nastawienie to mała rzecz, która robi wielką różnicę".

Dziękuję bardzo za rozmowę Monika Mikołajczuk

Projekt zmian w rozporządzeniu dotyczącym świadczeń gwarantowanych w POZ przewiduje zapewnienie dostępu, w ramach budżetu powierzonego, do:

- badań diagnostycznych z obszaru kardiologii, diabetologii, chorób płuc, alergologii oraz endokrynologii – pozwoli to na skuteczniejsze wykrywanie najczęstszych schorzeń przewlekłych,
- konsultacji specjalistycznych: kardiologa, diabetologa, chorób płuc, alergologa, endokrynologa – co ułatwi prowadzenie opieki kompleksowej nad pacjentem, bez konieczności kierowania go do lekarza specjalisty udzielającego świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- wizyt kompleksowych z Indywidualnym Planem Opieki Medycznej – co poprawi opiekę nad pacjentami chorymi przewlekle oraz przyczyni się do wdrożenia standardów opieki w chorobach przewlekłych objętych koordynacją,
- porad edukacyjnych prowadzonych przez pielęgniarki – co przyczyni się do poprawy jakości opieki nad pacjentami chorymi przewlekle, jak również poprawi kompleksowość opieki, angażując w opiekę pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
- porad dietetycznych realizowanych przez dietetyków – co będzie ważnym wsparciem dla pacjentów m.in. z cukrzycą i chorobami na tle miażdżycy.

Źródło: serwiszoz.pl

Pomóż, by o Mateuszku usłyszało więcej osób!

Bez naszej pomocy on nie przeżyje...

Łamiąca serce wiadomość, a jednak musimy ją przekazać...
Nie udało się w pierwszym wyznaczonym terminie zebrać środków na operację serca Mateuszka...
Jego życie wciąż jest w niebezpieczeństwie, a zrozpaczeni rodzice proszą o ratunek...

Czekamy na wyznaczenie kolejnego terminu. Musimy ciągle walczyć i mieć nadzieję, że tym razem się uda, a serce Mateuszka wytrzyma, że doczeka nowego terminu...

Dziękujemy Wam za każde wsparcie i prosimy – bądźcie z nami dalej. Udostępnijcie dziś choć raz zbiórkę Mateuszka. Pomóżcie dotrzeć do ludzi, którzy jeszcze o nim nie słyszeli. Tylko to daje nadzieję, że tym razem się uda, że Mateuszek będzie żył!

Tylko razem wielką mamy MOC. Sprawmy, by uratowała tego chłopca!

Opis zbiórki

COVID osłabił serce Mateuszka, doszło do tragicznych powikłań! Konieczna pilna operacja w USA!

Pomóż ocalić życie!

Strach o życie dziecka – czy istnieje jakiś gorszy? Nie ustaje ani na chwilę, przenika wszystkie komórki, przegania wszystkie inne myśli. Gdy masz ciężko chore dziecko, ten strach nie ustaje. Nasz synek ma tylko pół serca. Śmierć tak wiele razy wyciągała do niego swoje lodowate objęcia… Przed nami najważniejsza operacja w USA. Dlatego jesteśmy tu i ponownie z całego serca prosimy o pomoc. Wierzymy, że Mateuszek dostanie swoją szansę i będzie mógł żyć długo i szczęśliwie…

Dzięki pomocy Darczyńców w sierpniu 2021 roku w USA odbyła się udana, ratująca życie operacja zastawki w sercu Mateuszka. To nam otworzyło drogę do kolejnej planowanej operacji – III etapu korekcji serca jednokomorowego, zabiegu Fontana. Wkrótce będziemy musieli wrócić do Pittsburgha po kolejną szansę na życie. I znów bardzo potrzebujemy Waszej pomocy…

Historia Mateuszka rozpoczęła się wiadomością, że jestem w kolejnej ciąży - było to spełnieniem naszych marzeń! Patrycja bardzo czekała na młodszego braciszka! Niestety, szczęście nie trwało długo. Wynik badania prenatalnego w 13 tygodniu ciąży zmienił cały nasz świat. HLHS - krytyczna wada serca, w której nie istnieje możliwość wyleczenia…

Powiedziano nam, że nasz synek będzie musiał przejść trzy operacje na otwartym sercu, by mógł żyć… Radosne oczekiwanie na narodziny Mateuszka zmieniły się w tygodnie strachu, bezradności i płaczu. A to niestety był dopiero początek...

Mateuszek urodził się 3 października 2017 r. z jedną z najcięższych możliwych **wad serca – HLHS**, hipoplazją (czyli brakiem) lewej komory serca. Oznacza to, że w jego malutkiej klatce piersiowej zamiast całego serduszka, bije tylko pół… Występuje również znaczna niedomykalność zastawki trójdzielnej. **Mateusz miał zaledwie dwa tygodnie, gdy pojechał na stół operacyjny** - na pierwszą operację, metodą Norwooda. Choć operacja

się udała, to okres po niej był tragiczny… Nastąpiły powikłania. W pewnym momencie u synka zatrzymało się krążenie, doszło do niedotlenienia mózgu i sepsy! Pobyt na OIOM-ie i potem na oddziale kardiologicznym wydłużał się w nieskończoność…

Dopiero po trzech miesiącach od narodzin Mateuszek mógł poznać swoją siostrę. Nie było mu jednak dane nacieszyć się najbliższymi. Dwa miesiące później zaczęły się ponowne problemy, spadki saturacji powodowały, że Mateuszek siniał i mocno się pocił. Po raz kolejny musieliśmy zamieszkać w szpitalu.

W wieku 6 miesięcy przyszedł czas na kolejną operację ratującą życie, Glenna. Niestety, i tym razem nie obyło się bez komplikacji. W szpitalu spędziliśmy kolejne 4 miesiące. Gdy wróciliśmy do domu, mieliśmy nadzieją, że teraz będziemy mogli się skupić tylko na tym, by Mati mógł być rehabilitowany, by dogonić rówieśników. Ale nastąpiło kolejne załamanie.

Mając 19 miesięcy, synek trafił ponownie do szpitala, tym razem z powodu drgawek. Jak się okazało, wynikiem powikłań po pierwszej operacji i niedotlenieniu organizmu jest epilepsja! Mateuszowi doszły kolejne leki. Każdy napad był na tyle długi, że musiał zakończyć się pobytem w szpitalu. Padaczka i połowa życia spędzona wśród szpitalnych ścian mocno opóźniła rozwój synka.

W związku z całą tragiczną historią i wszystkimi powikłaniami, jakich doświadczył synek, zdecydowaliśmy się szukać ratunku za granicą, u najlepszych specjalistów. W Pittsburghu zakwalifikowano Mateuszka do operacji. Po konsylium zadecydowano, że musi przejść najpierw operację, w której zostanie naprawiona zastawka trójdzielna, ponieważ bez tej korekty serce nie wytrzyma planowanej operacji (III etap Fontanna). Później dopiero można będzie przeprowadzić docelową operację.

W wyniku infekcji stwierdzono też blok II stopnia (serce momentami stanowczo za wolno biło). Synek dostał leki i musiał spędzić w szpitalu kolejne w swoim krótkim życiu Święta Bożego Narodzenia. Wyszliśmy do domu dopiero w nowym roku.

Obecnie Mateuszek jest po badaniach kontrolnych, jego stan pozostaje bez zmian. W tym roku miał tylko jeden napad epilepsji, jednak zwiększona dawka leku sprawia, że ma problem z utrzymaniem równowagi. Synek już troszkę więcej mówi, stara się powtarzać słowa – rozwija się w swoim tempie.

Jego stan pozwala już na przeprowadzenie operacji Fontana, mamy już kwalifikację ze szpitala w USA, czekamy na kosztorys. Jako że są to operacje paliatywne (wydłużające życie), chcemy, by Mateuszek znów znalazł się w miejscu, gdzie ma największe szanse. Prosimy, pomóżcie naszemu synkowi żyć i mieć dzieciństwo, na jakie zasługuje każde dziecko.

Rodzice

Informacje o zbiórce na stronie:

https://www.siepomaga.pl/mateusz-pietrak

Ta pierwsza już za nami. Przed nami ostatnia. Wierzymy, że i tym razem się uda, że Mateusz będzie żył!

Niedawno jednak znów przeżyliśmy dramatyczne chwile. Ponad miesiąc od powrotu z Pittsburgha, czyli po czasie rekonwalescencji, Mateuszek mógł zacząć nową przygodę z przedszkolem. Niestety, nie trwało to długo… Na początku grudnia zeszłego roku synek trafił do szpitala z gorączką, której nie można było niczym obniżyć. J**ak się okazało, przeszedł wcześniej COVID**, co mogło osłabić jego odporność.

Diagnoza – podejrzenie zapalenia wsierdzia!

Związek Pracodawców Opartej na SPOIWO

Kontynuujemy cykl artykułów o aktywności Zarządu i pracowników Spółki Centrum Medyczno-Diagnostyczne przybliżając Państwo w tym wydaniu kwartalnika działalność Związku Pracodawców SPOIWO.

Związek Pracodawców SPOIWO został założony w czerwcu 2021 r. Jego misją jest usprawnianie polskiego systemu ochrony zdrowia, zapewnienie rozwoju podmiotów i kadr medycznych, tworzenie efektywnych rozwiązań, dbających o jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów. **Wśród członków założycieli znaleźli się przedstawiciele spółek Grupy Centrum**, a tworzą go menadżerowie podmiotów leczniczych z różnych branż, medycy, przedsiębiorcy, pracownicy kontraktowi - zainteresowani realnym wdrażaniem rozwiązań projakościowych i proefektywnościowych.

Obecnie trwa faza dialogu i opiniowania aktów prawnych, negocjacji z regulatorem i płatnikiem. Na bieżąco pozyskujemy nowych członków Związku i organizujemy konferencje dotyczące rozwoju Podstawowej Opieki Zdrowotnej. **Aktywnie propagujemy wdrażanie koordynacji oraz kooperację medyków w opiece nad pacjentem** w oparciu o plan opieki, poszerzone kompetencje, czy dodatkowe możliwości diagnostyczne – budowania mostów pomiędzy profesjonalistami i wzrost zaufania pacjentów.

Nasza aktywność wspiera reformy systemu ochrony zdrowia w procesie wprowadzania rzeczywistych zmian, nowych form kontraktów redukujących bariery regionalne oraz praktycznie przekazujemy członkom sprawdzone rozwiązania zarządcze. **Ważna dla nas jest zmiana formy dialogu pomiędzy reprezentantami świadczeniodawców oraz płatnika i regulatora**, zmierzająca do bieżącej współpracy, systematycznej interakcji między stronami w procesach wdrażania reform. Naszym celem jest doprowadzenie do otwartego dostępu do danych i wyników populacyjnych oraz dążenie do takiej otwartości ze strony płatnika – benchmarkingu, pozwalającego na porównywanie się i stopniowy wzrost jakości poprzez wzajemne uczenie się.

Wrzesień tego roku jest czasem dużej aktywności SPOIWO – Zorganizowaliśmy konferencję **„POZ NAJ Koordynację”** w Tarnowie, w dniach **2-3 września** br. oraz zostaliśmy Partnerem Forum Ekonomicznego w Karpaczu.

Tarnów. Od lewej Marcin Połowniak – Prezes SPOIWO, Agnieszka Mastalerz-Migas – Konsultant Krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, Tomasz Zieliński - wiceprezes Federacji ZP Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie, Zofia Małas - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Maciej Karaszewski – Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ.

Tarnów „POZ NAJ Koordynację”

Tarnów - warsztaty dla pielęgniarek, prowadzenie Janina Skubik - Pielęgniarka, koordynator NZOZ Zdrowie, realizator POZ PLUS

Opieki Integrowanej Wartości – SPOIWO

Konferencja w Tarnowie cieszyła się dużym zainteresowaniem gromadząc ponad 200 uczestników i liczne grono prelegentów, wśród których znaleźli się Konsultant Krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Centrum eZdrowia, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych czy Federacji ZP Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie. W panelu „Czy przywracanie właściwej piramidy świadczeń może przyspieszyć jadąc drogą koordynacji w POZ?" **wystąpił Pan Paweł Żuk, Prezes CMD**. Sesja przyjęła formę żywej dyskusji z uczestnikami, początkując konstruktywny dialog pomiędzy przedstawicielami regulatora i płatnika, a przedstawicielami POZ prezentującymi aktywne i zaangażowane podejście do wdrażania opieki koordynowanej. Nowe podejście NFZ do analizy i publikacji danych benchmarkowych zaprezentował Filip Urbański - Zastępca Dyrektora Departamentu Analiz i Innowacji NFZ, Pełnomocnik MZ ds. otwartości danych publicznych. Również prezentacja pt. „Cyfryzacja – Platforma P1 dla rozwoju koordynacji" przedstawiona przez Andrzeja Sarnowskiego z Centrum eZdrowia pozwoliła unaocznić, jak wiele w tym zakresie już osiągnęliśmy oraz jakie są plany wdrażania kolejnych cyfrowych usprawnień.

Integralną częścią konferencji były trzy równoległe warsztaty „praktycy dla praktyków" dla menadżerów podmiotów POZ, pielęgniarek i koordynatorów.

Zarówno warsztaty, jak i prezentacje oraz panele dotyczące aktualnie wdrażanych zmian w POZ, cyfryzacji czy nowych technologii cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem uczestników, co potwierdzają liczne pytania do panelistów i zaangażowane dyskusje, jak wdrożyć i skutecznie propagować opiekę koordynowaną.

Podczas Forum Ekonomicznego w Karpaczu, w dniu 6 września br. odbył się nasz Panel ekspertów „Opieka koordynowana w POZ – krok w przyszłość czy w przepaść?" Eksperci reprezentujący różne perspektywy systemu ochrony zdrowia przedstawili kluczowe czynniki powodzenia wdrożenia opieki koordynowanej w POZ w Polsce oraz wnioski z pilotażu POZ PLUS.

Temat trwających reform będzie kontynuowany podczas kolejnych wydarzeń SPOIWO. 4 października 2022 r. w Warszawie spotkamy się na konferencji „POZ NAJ przyszłość". Wydarzenie kierujemy w szczególności do kadry zarządzającej w podmiotach ochrony zdrowia oraz do przedstawicieli środowisk medycznych, menadżerów systemowych regulatora i płatnika.

Tarnów warsztaty dla koordynatorów prowadzenie Anna Kaźmierczak, Kierownik ds. projektów medycznych Grupa Neuca, Roksana Dela - Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w CenterMed.

Karpacz, Panel ekspertów, Moderacja Krzysztof Jakubiak i Marta Pawłowska, paneliści (od lewej) Tomasz Hryniewiecki, Małgorzata Gałązka-Sobotka, Waldemar Kraska, Agnieszka Mastalerz-Migas, Paweł Żuk, Jakub Adamski.

Karpacz, zespół SPOIWO, CMD i eksperci panelu

Starość ostatnia droga mniej samotna

Wywiad z Pawłem Grabowskim, założycielem Podlaskiego Hospicjum Onkologicznego

fot. Piotr Mojsak

Wśród Polaków co 16 osoba ma ponad 75 lat. Dla wielu z nich codziennością jest samotne oczekiwanie na śmierć. Niektórym z nich pomoc niesie Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza, które prowadzi hospicyjną opiekę domową dla mieszkańców podlaskich wsi.

Mateusz Różański: Jak wygląda ostatnia droga tych najbardziej samotnych osób, które nie mają rodziny, męża, żony, których wnuki są daleko?

Dr Paweł Grabowski: Jest to trudne doświadczenie. Mógłbyś zapytać naszą pielęgniarkę, panią Sławę, która osobiście jeździ do pacjentów. Ona wie, pod którym kamieniem jest klucz do domu pacjentki – samotnej starszej osoby. Takiej, którą trzeba myć, pielęgnować, podać jej leki itd. A po tym wszystkim zamknąć dom na klucz i wrócić do domu. Niestety, po wyjeździe pielęgniarki pacjentka jest w domu zupełnie sama. Walczymy o to, żeby tak się nie działo, dlatego tworzymy teraz taką innowację społeczną. Badamy wspólnie z Instytutem Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN, jak pomagać ludziom na wsi, tworzyć dookoła nich sieci społeczne. By taka skrajna samotność nie miała miejsca, bo to jest coś absolutnie nieludzkiego.

A to jest duże zjawisko?

Zjawisko tzw. singularyzacji starości obserwujemy i we wsiach, i w miastach. Zazwyczaj jest tak, że pan wybiera sobie na żonę nieco młodszą panią. A panie żyją przeciętnie trochę dłużej niż mężczyźni. I gdy mąż umiera wcześniej, jego żona dożywa swojego życia w samotności. Najczęściej te osoby nie chcą trafić pod opiekę swoich dzieci, najczęściej chcą być w swoich domach. I to jest ogromny kłopot.

Mnie najbardziej interesuje w tematyce hospicyjnej przygotowanie tych ludzi do odchodzenia, praca z nimi ze świadomością, że ich życie się kończy.

My to nazywamy ostatnią prostą. To takie samo życie, jak każde inne. Też ma się plany, marzenia. Ludzie na tym etapie życia też czegoś się boją, czegoś oczekują. Skraca się tylko perspektywa. Widzę, że w nieodległym czasie to życie się skończy. Dlatego to jest tak ważne, żeby można było zrealizować te plany. To już nie będzie plan, że za trzy lata uzbieram pieniądze i pojadę na Seszele na miesiąc, ale taki, że za tydzień w dobrym zdrowiu spotkam się z moim wnukami, nacieszę się nimi. Naszą rolą jako hospicjum jest urealniać te plany i marzenia i sprawiać, żeby mogły się one spełniać w dobrym zdrowiu, możliwie bez bólu, niepotrzebnego cierpienia. By pacjenci mogli dożyć swoje życie tak komfortowo, jak to tylko możliwe do końca.

Czy te osoby mówią wprost o śmierci, są na nią przygotowane?

Tak, bardzo często, czują, że to jest ten czas, że umierają, że ich życie dobiega końca. Czasem rzeczywiście wchodzą w jakieś zaprzeczenie, taki bunt, niezgodę. Wiemy, że proces umierania przebiega według pewnego schematu, nie u każdego tak samo to się dzieje, ale musimy rozpoznać, czy wchodzimy w momencie zgody, akceptacji, depresji czy buntu na tę sytuację, która jest. I adekwatnie na to reagować. To jest bardzo dynamiczna sytuacja, sytuacja umierania, sytuacja końca życia.

A co z rodzinami?

Nie różnicujemy pacjenta i rodziny. Naszą opieką obejmujemy ten cały system społeczny, którym jest rodzina albo opiekunowie domowi. Mogę podać przykład pani Lidki i jej męża Bronka. Obydwoje mają około 80 lat. Ona musi go przełożyć, przewinąć, przesadzić z łóżka na krzesło. Kręgosłup takiej osoby po jakimś czasie będzie wymagał „renowacji". Dlatego otrzymuje od nas wsparcie opiekunek, dlatego jeździ do niej nasza fizjoterapeutka. Nasza pielęgniarka uczy ją, w jaki sposób przekładać pana Bronka, żeby oszczędzać swoje siły. Czyli naszym zadaniem jest też edukacja, opieka nad rodzinami. Dla nas cała rodzina jest beneficjentem naszych działań a jej dobrostan – celem naszej opieki.

Wielu młodszych członków rodziny chciałoby się zajmować rodzicami, ale nie może, bo pracuje na drugim końcu świata. Pewnie często dorosłe dzieci mają poczucie winy albo są zbuntowane przeciwko śmierci bliskiej osoby?

My uczymy się nie oceniać, bo nie wiemy, jaka sytuacja była wcześniej. Zdajemy sobie sprawę, że często rodzice wkładają ogromny wysiłek, żeby dzieci wykształcić. To dziecko wyjeżdża z wioski, gdzie nie ma dla niego pracy po wyższych studiach i musi pracować w okolicznym lub odległym mieście albo wyjechać za granicę. Nie oceniamy, nie jest to naszą rolą. W realiach, które mamy, dajemy takie możliwości, na jakie nas stać. A ponieważ nie zawsze taką opiekę można zorganizować w domu, to znaczy, że ta osoba potrzebuje opieki stacjonarnej. Dlatego budujemy nasze hospicjum w Makówce.

Pomówmy może o tym hospicjum stacjonarnym, jak ono ma wyglądać i funkcjonować, żeby było miejscem dobrego umierania.

Powinno jak najbardziej przypominać dom. Dlatego moim marzeniem, poza spełnieniem wszystkich wymogów formalnych np. Sanepidu, jest to, żeby była możliwość położenia własnej narzuty na łóżku, własnego obrazu na ścianie, wprowadzenia własnych klimatów. Plus oczywiście profesjonalna opieka wykształconych zawodowców: lekarzy ze specjalizacją, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologa, opieka duchowa. Wszystko, co jest potrzebne, żeby tę opiekę sprawować jak najlepiej.

To poruszmy kwestię duchową. Mówił Pan o buncie, o godzeniu się ze śmiercią. Jaką rolę odgrywa w tym doświadczeniu kwestia duchowości?

Cecily Sanders, pielęgniarka, która w latach 60. stworzyła model opieki paliatywnej, mówiła, że cierpienie to złożona rzeczywistość. To jest tylko cierpienie płynące z ciała, ból, duszność, inne objawy. Cierpienie, które płynie z psychiki, to jest cierpienie z tego, że jestem istotą społeczną, to jest cierpienie, które płynie z duchowości, bo jestem istotą duchową. To są płynne granice, bo jesteśmy całością. Ale kiedy widzimy, że człowiek pyta o sprawy ostateczne, boi się spraw ostatecznych, staramy się dać mądre wsparcie osoby duchownej o takim wyznaniu, jakie jest bliskie podopiecznemu lub podopiecznej. Obojętne czy jesteśmy osobami wierzącymi czy nie, jesteśmy istotami duchowymi, tak człowiek jest skonstruowany.

Czy ludziom na wsi, żyjącym w małych wspólnotach łatwiej przychodzi umieranie niż ludziom w mieście?

Pewnie są bliżej natury, pewnie to jest jakby naturalniejsze. Ja pracowałem krótko w hospicjach miejskich, ale tutaj na wsi widzę, jak ludzie mówią, jakie mają rzeczy przygotowane do trumny albo gdzie by chcieli być pochowani, nawet jadą na cmentarz, żeby zobaczyć, gdzie będzie miejsce ich grobu. Troszeczkę naturalniej do tego podchodzą. Oczywiście każdy umiera inaczej i taki bunt też się potrafi zdarzyć i na wsi.

Jak Pana zdaniem taka hospicyjna opieka powinna wyglądać systemowo?

Powinna być opieką całościową, nie powinna sztucznie rozdzielać opieki społecznej od opieki zdrowotnej. Przypomnijmy definicję zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia: zdrowie to nie jest tylko brak choroby lub kalectwa, ale też dobre samopoczucie w aspekcie fizycznym, psychicznym i duchowym. Żeby właściwie zadbać o zdrowie, musi to być opieka całościowa, skoncentrowana na pacjencie, nie na realizacji kontraktu z NFZ-em, nie na karierze naukowej i publikacjach, tylko na pacjencie. W centrum tego wszystkiego musi być pacjent, wtedy to się uda.

A jak trafiać do ludzi w małych miejscowościach i nieść im pomoc, kiedy na przykład śnieg zasypie im drogę?

Jeżeli to jest możliwe, to niesiemy pomoc, jeżeli nie, to współpracujemy z ochotniczą strażą pożarną, która jest, gdy trzeba przepchnąć nam drogę. Współpracujemy ze strażą graniczną. Bywało, że pogranicznicy patrolując teren, byli w stanie nam powiedzieć, czy ktoś żyje, czy jest ten dym z komina, czy potrzeba tam pomocy, czy nie. Także trzeba rozmawiać, współpracować, być otwartym na te możliwości pomagania na miejscu.

Jak ludzie do was trafiają? Jak znajdujecie tych ludzi, którym pomagacie?

Wiedzą o nich lekarze rodzinni, wiedzą o nich w Centrum Onkologii w pobliskim Białymstoku, ale także sąsiad przekazuje sąsiadowi. To nie jest żadna „umieralnia", to są fajni, kochani ludzie, którzy przyjeżdżają, dają pomoc, dają wsparcie. I ludzie nas o tę pomoc proszą.

Rozmawiał Mateusz Różański

Paweł Grabowski – doktor nauk medycznych, założyciel Fundacji Podlaskie Hospicjum Onkologiczne (2009), która od czterech lat funkcjonuje pod nazwą Hospicjum Proroka Eliasza. Siedziba Fundacji znajduje się Michałowie, w połowie 2022 roku ma zostać otwarte pierwsze stacjonarne hospicjum wiejskie w Makówce na Podlasiu. Fundacja opiekuje się osobami dorosłymi, nieuleczalnie i przewlekle chorymi, mieszkającymi w pięciu podlaskich gminach: Michałowie, Gródku, Zabłudowie, Narwi i Narewce. Członkowie zespołu medycznego (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholog, dietetyk oraz opiekunki osób starszych) wspierają rodziny w opiece nad chorymi. Obecnie Fundacja ma pod stałą opieką ponad 40 osób nieuleczalnie chorych. Członkowie zespołu hospicyjnego prowadzą też zajęcia dla dzieci, młodzieży, wolontariuszy i profesjonalistów, a także planują upowszechnić nowy model sprawowania opieki nad osobami zależnymi na obszarach wiejskich.

(Źródło:
Wywiad ukazał się na portalu niepelnosprawni.pl (25.11.2021)

Prawo do obecności bliskich
przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

Wizyta u lekarza może być powodem do stresu dla wielu pacjentów. Niektóre procedury medyczne wiążą się bowiem z dyskomfortem bądź zakłopotaniem. Towarzyszące pacjentom napięcie emocjonalne oraz strach obecny przy udzielaniu różnych świadczeń zdrowotnych to naturalne reakcje, dlatego w takich sytuacjach ogromnym wsparciem może być towarzystwo bliskiej osoby. Czy pacjent ma do tego prawo?

Obecność bliskich pacjenta podczas wizyty u lekarza - podstawa prawna

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta („Ustawa") w art. 21 ust. 1 wskazuje, że na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Osobą bliską, zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2 Ustawy, jest: małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Z powyżej wskazanego przepisu wynika, że każdy pacjent bez względu na wiek oraz stan zdrowia może żądać, aby jego najbliższy był przy nim obecny na wszystkich etapach leczenia, tj. od pierwszej wizyty u lekarza aż po wykonanie zabiegu. Nie ma przy tym znaczenia miejsce udzielanych świadczeń zdrowotnych, dlatego osoba bliska może wspierać pacjenta zarówno podczas wizyty w przychodni zdrowia, jak i w szpitalu. Należy jednak doprecyzować, że osoba bliska może towarzyszyć pacjentowi wyłącznie na jego życzenie. Swoją wolę pacjent powinien zakomunikować zatem w wyraźny, niebudzący wątpliwości sposób. Prawo do obecności bliskich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych jest bowiem prawem pacjenta nie zaś jego członków rodziny bądź innych osób. Konieczność wyrażenia przez pacjenta żądania obecności bliskiej osoby może stwarzać jednak prak-

tyczne trudności. W szczególności, w przypadku utraty przytomności przez pacjenta trudno będzie ocenić personelowi medycznemu, czy życzyłby sobie obecności bliskich. W takiej sytuacji wymagane jest dokonanie indywidualnej oceny stanu faktycznego oraz rozpoznanie sytuacji życiowej pacjenta.

Obecność osoby bliskiej a pacjent małoletni

Szczególna sytuacja zachodzi w przypadku obecności osoby bliskiej pacjenta małoletniego. Wskazać bowiem należy, że rodzice bądź przedstawiciele ustawowi podejmują decyzje w zakresie leczenia dziecka i ich obecność w podmiocie leczniczym jest koniecznością. Mogą jednak zaistnieć takie sytuacje, w których małoletni pacjent wyraźnie i świadomie sprzeciwi się przebywaniu opiekuna w gabinecie lekarskim bądź innym miejscu udzielania świadczenia zdrowotnego. W takim przypadku wola małoletniego pacjenta powinna zostać uszanowana przez lekarza bądź inny personel medyczny. Należy mieć jednak na uwadze względy praktyczne. W trakcie badania małoletniego pacjenta może zaistnieć konieczność udzielania dalszych, specjalistycznych informacji i wyrażania zgody na kolejne czynności lekarskie. Taka sytuacja będzie przemawiała za tym, aby przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta był przy nim obecny w trakcie badania.

Podkreślić należy, że zgodnie z art. 17 ust. 1 Ustawy, małoletni pacjent, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych. Może on zatem przedstawiać wiążące zdanie w sprawie obecności osób bliskich podczas wizyty w gabinecie lekarskim.

Ograniczenia prawa do obecności osób bliskich pacjenta

Ustawa wprowadza jednak ograniczenia w możliwości towarzyszenia pacjentowi podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 21 ust. 2 Ustawy, osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Z powyżej zacytowanego przepisu wynika, że prawo pacjenta do obecności osoby bliskiej nie ma bezwzględnego charakteru. Personel medyczny ma prawo odmówić wstępu innym niż pacjent osobom do miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych. Jedną z takich sytuacji stanowi prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia epidemicznego. Szczególnie w dobie panującego obecnie stanu epidemiologicznego spowodowanego występowaniem choroby COVID – 19, istnieją podstawy do wprowadzania ograniczeń prawa do obecności osób bliskich pacjenta w podmiotach leczniczych. Drugim przypadkiem, który uniemożliwia towarzyszenie pacjentowi podczas wykonywania procedur medycznych, jest bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta, rozumiane jako stan braku zagrożenia w aspekcie czynników fizycznych, psychicznych, społecznych, jak i ekologicznych.

Zaznaczyć przy tym należy, że obowiązkiem lekarza lub innej osoby wykonującej zawód medyczny jest odnotowanie w dokumentacji medycznej odmowy obecności osoby bliskiej pacjenta. Przepis nie wskazuje przy tym żadnej szczególnej procedury dotyczącej udokumentowania takiego zdarzenia.

Podsumowanie

Pacjent ma prawo, aby podczas udzielania świadczeń zdrowotnych była obecna przy nim osoba bliska. Lekarz lub inna osoba wykonująca zawód medyczny ma prawo odmówić jednak realizacji prawa pacjenta do obecności osoby bliskiej. Taka sytuacja musi być podyktowana jednak następującymi warunkami: zagrożeniem epidemicznym oraz bezpieczeństwem zdrowotnym pacjenta. Odmowa obecności osoby bliskiej powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej.

Aleksandra Łukasiuk
prawnik
Kancelaria Radcy Prawnego
Piotr Łukasiuk

Nie ma *dawania* bez brania

„Bierz tyle, ile potrzebujesz. Daj tyle, ile możesz” – zaleca Sokrates, ale w praktyce nie jest to takie proste. Jak zachować równowagę pomiędzy dawaniem a braniem, tak, byśmy nie mieli poczucia winy, wyższości czy poniżenia?

W mojej pracy, podczas psychoterapii bardzo często ujawniają się dysproporcje pomiędzy dawaniem i braniem. Kiedy dajemy, troszczymy się o potrzeby innych. Kiedy bierzemy, to z troski o nasze potrzeby. Zaskakująco wiele osób ma problem, by zachować zdrowy balans w trosce o siebie i innych. Paradoksalnie często branie jest trudniejsze niż dawanie. Kiedy dajemy, czujemy się silni. Branie wymaga pokory. Jako że życie w społeczności oparte jest na ciągłej wymianie – uwagi, emocji, myśli, pomysłów, ale i poświęconego czasu, finansów itd. warto zatrzymać się i pomyśleć, jak z tą wymianą jest w naszym życiu.

Często słyszę: „Lepiej dawać niż brać”, tak jak by obdarowywanie było bardziej szlachetne od brania. Jaka pułapka kryje się za tym stwierdzeniem?

Całe mnóstwo pułapek. Po pierwsze, jeśli założymy wyższość dawania nad braniem, to oddalamy się od bardzo ważnej w tej materii równowagi. Dając możemy się wzmacniać, czuć potrzebni, wartościowi i lepsi od innych. Stąd krok od wchodzenia w relacji z poczuciem wyższości czy od pomagania na siłę, czyli np. wyręczania. Relacje oparte na niesymetrycznej wymianie są trudne. I choć poczucie siły, którą dawca czerpie z takiej nierówności, może być przyjemne i pociągające, po dłuższym czasie łatwo o wypalenie, przemęczenie czy poczucie bycia wykorzystywanym. Przedłożenie potrzeb innych osób nad swoje własne bywa nazywane szlachetnym, ale bez umiejętności czerpania i przyjmowania od innych nie da się satysfakcjonująco żyć. Przekonanie, że przyjęcie pomocy czy wsparcia jest oznaką słabości albo utratą kontroli bardzo obciąża i odcina od zasobów, jakimi są inni ludzie.

Amerykański socjobiolog Robert Trivers twierdzi, że pomaganie innym jest korzystne, o ile jest odwzajemnione. To trochę przypomina handel wymienny… Coś za coś… Co zyskujemy na takiej wymianie?

Dawanie kojarzymy z postawą bezinteresowności, branie zaś z egoizmem. Prawdziwe dawanie miałoby więc miejsce wyłącznie wtedy, gdy niczego nie oczekujemy w zamian. Oczekiwanie wzajemności miałoby być czymś interesownym, stawiającym pod znakiem zapytania szczerość daru. Myślę, że wspomniany socjobiolog chciał zwrócić uwagę, że nie jest to prawdą. Że tak naprawdę nie ma nic złego, że między ludźmi zachodzi ciągła wymiana. Nie porównałabym jej do bezemocjonalnego i wyrafinowanego handlu na zasadzie – coś za coś. Raczej myślę o tej wymianie jako czymś naturalnym. Jeśli uznamy, że Ja jestem ważny i Ty jesteś ważny, to wzajemna pomoc pojawia się bez żadnej kalkulacji. W takim układzie nie jest trudno ani poprosić o pomoc, ani ją przyjąć. W danym okresie życia być może potrzeby jednego z nas będą bardziej naglące i to on stanie się okresowym biorcą. Jednak oczywiste i pożądane jest, że w pewnym momencie nastąpi zamiana. Nie dlatego, że ktoś zaciągnął

dług, który musi spłacić, ale dlatego, że w dobrej relacji potrzeby każdej ze stron są ważne i kiedy możemy je zaspokoić, dając swój czas, uwagę, wsparcie czy pomoc, to robimy to. Po prostu.

Liczne badania dowodzą, że większą wdzięczność odczuwamy za tę samą pomoc, gdy pochodzi od osób obcych niż bliskich. Jak to wytłumaczyć?

Wydaje mi się, że pomoc od osób bliskich, z którymi jesteśmy w dobrej relacji jest czymś naturalnym i przewidywalnym. Natomiast pomoc obcych, niespokrewnionych osób bardziej nas porusza, bo się jej nie spodziewamy. Jest ona czymś ponad tę naturalną wymianę, o której przed chwilą wspomniałam. Pozwala optymistycznie spojrzeć na kondycję relacji społecznych. To budzi wdzięczność.

Dlaczego zatem dawanie czasem nas umacnia, a czasem osłabia? Od czego to zależy?

Od proporcji. By czuć się w zgodzie ze sobą i innymi potrzebne jest i dawanie, i branie. Przeważenie szali na rzecz dawania z całą pewnością osłabia, a nawet może prowadzić do wypalenia zawodowego, w roli rodzica, partnera itp. Bardzo dobrze widać to w przypadku młodych rodziców, którzy często zatracają się w potrzebach dzieci, zapominając, że ich własne są równie ważne. Pracując z osobami, którym trudno utrzymać równowagę między troską o innych a troską o siebie przypominam, że przyjmowanie wsparcia nie jest oznaką słabości, braku zaradności czy porażki. Jest to kwestia dojrzałego dbania o siebie, a czasami wręcz jest to kwestia bezpieczeństwa. Podczas lotu samolotem zalecenia są proste i logiczne – na wypadek konieczności użycia masek tlenowych dorosły najpierw nakłada swoją maskę, a dopiero w drugiej kolejności troszczy się o dzieci czy osoby starsze. Bez tlenu nie jesteśmy w stanie pomagać innym, nawet tym dla nas najważniejszym. Bez brania nie jesteśmy w stanie ciągle dawać.

W naszym otoczeniu są też osoby, które można nazwać nałogowymi dawcami – wciąż komuś pomagają, być czuć się cokolwiek warte. Co jest źródłem takiego myślenia?

Tak, z całą pewnością niemało jest takich osób. I źródłem jest właśnie potrzeba bycia istotnym, wartościowym czy docenionym. Myślę, że w życiu takich osób niewiele było doświadczeń pozwalających poczuć, że niezależnie, co osiągają, są równie potrzebne i kochane. Często osoby zapędzone w trosce o innych nie doświadczyły bezinteresownej miłości, a uwagę i bliskość dostawały tylko kiedy spełniały oczekiwania innych. W ich świecie przeżyć pójście za swoimi potrzebami może grozić gniewem i odrzuceniem przez innych. Stąd ciężko przerwać to błędne koło. Tym bardziej, że ich praca bez wytchnienia bywa doceniana społecznie.

Są jednak sytuacje, kiedy dawanie wydaje się zbyt obciążające. Dotyczy to na przykład osób, które latami opiekują się obłożnie chorymi członkami rodziny. Nie mają siły ani czasu, by zająć się własnymi potrzebami. To niesie ryzyko depresji i innych poważnych problemów ze zdrowiem, nawet na długie lata. Jak w takiej sytuacji zadbać o własne potrzeby i emocje?

Poruszyła Pani bardzo istotny temat. Osoby opiekujące się bliskimi z niepełnosprawnościami czy obłożnie chorymi mają bardzo utrudnione uzyskanie równowagi w dawaniu i braniu. Im dłużej trwa stan ciągłego dawanie siebie innym tym więcej wewnętrznych konfliktów, poczucia wyczerpania czy frustracji. To ekstremalnie ważne by, jak w metaforze z maskami tlenowymi w samolocie, pamiętać o sobie. W wielu miastach funkcjonują grupy wsparcia, gdzie można wymienić się przeżyciami z osobami, które mają podobnie. Warto korzystać z pomocy fundacji czy hospicjów, które oprócz medycznego czy finansowego towarzyszenia, dają też mnóstwo ciepła, życzliwości i poczucie przynależności do grupy, która często staje się miejscem budowanie przyjaźni. Najważniejsze, by nie zamykać się w czterech ścianach i by pozwolić sobie na branie tego, co oferują nam inni.

Jakie inne formy dawania, oprócz konktretnej pomocy materialnej, budują w nas poczucie wdzięczności i szczęścia?

Na szczęście dawać można na tak wiele sposobów, że jest z czego wybierać! Dać możemy swój czas i uwagę, kiedy odkładamy telefon i z zainteresowaniem wsłuchujemy się w czyjąś historię. Podarować możemy pamięć, np. wykonując telefon z okazji urodzin czy przywożąc muszelkę z wakacji, ale również podając do kawy cukier pamiętając, że ktoś słodzi. Dawaniem jest też zwykły uśmiech czy dotyk, który może być niezwykle krzepiący. Czasami nie trzeba nic więcej niż kogoś po prostu przytulić czy wziąć za rękę. Zauważenie nowej fryzury czy obolałej miny to nasza troska i zainteresowanie, które tak wiele mogą. Przewrotnie powiem też, że dawaniem wdzięczności i docenienia jest również umiejętność przyjęcia tych wszystkich podarków. Bo nie ma dawania bez brania.

Adriana Szubielska
psycholog, psychoterapeuta

Zanim wykonasz TATUAŻ

W jesiennym wydaniu kwartalnika chciałby połączyć dwie sprawy. Mianowicie **estetyczną i zdrowotną**. Ta pierwsza, to wzrastające zainteresowanie wykonywaniem tatuaży, a druga to kilka słów o możliwych zagrożeniach zdrowotnych związanych z wykonywaniem tychże.

Żyjemy w czasach, gdy tatuaże stały się nieodmiennym elementem upiększania ciała, zarówno u panów, jak i pań. Nie są zarezerwowane dla pewnych grup społecznych, jak na przykład artyści, sportowcy, o subkulturach nie wspominając, ale stały się powszechne i w związku z tym warto pamiętać o związanych z nimi zasadach bezpieczeństwa.

Na początku informacje, kto nie powinien robić tatuażu. Tatuażu nie mogą wykonywać osoby, które chorują na padaczkę, niektóre choroby serca i układu krążenia. Przeciwwskazaniem są też m.in.: hemofilia, nosicielstwo HIV, łuszczyca, liszaj płaski, bielactwo nabyte, stany zapalne, gorączka, osłabienie, ciąża, okres karmienia piersią i menstruacja. Ponadto przeciwwskazaniem jest doustna terapia izotretynoiną (może upośledzać czas gojenia). Skłonność do powstawania bliznowców, obecność znamion na skórze (tatuaż może utrudnić monitorowanie zmian sugerujących czerniaka). Tatuaży nie należy umieszczać na bliznach po wycięciu czerniaka lub wycięciu węzłów chłonnych.

Tatuaż polega na wprowadzeniu, na odpowiednią głębokość skóry właściwej, sterylnego barwnika za pomocą jałowej igły. Generalną zasadą przy każdym zabiegu, gdzie naruszana jest tkanka, powinno być otwarcie opakowania, igły czy wymienialnej końcówki urządzenia w naszej obecności.

Ryzyko zakażenia

Zabieg tatuowania wykonywany jest przy użyciu igieł i, jak łatwo się domyślić zazwyczaj bywa bolesny. Zwłaszcza w tych partiach ciała, w których skóra jest napięta i dobrze unerwiona, np. pachwinach, okolicy ust, sutków, dłoni czy sfer intymnych. Co więcej, proces gojenia tatuażu jest zazwyczaj dość długi – trwa około miesiąca.

Przez pierwszy tydzień od wykonania tatuażu, nie zaleca się:

- pocierania wytatuowanej skóry;
- kąpieli w wannie;
- kąpieli w basenie.

Należy także unikać nadmiernego pocenia się i opalania, a przez miesiąc nie można wykonywać intensywnych ćwiczeń fizycznych.

W trakcie trwania zabiegu skóra jest wielokrotnie nakłuwana i dochodzi do naruszenia jej ciągłości, przerwania wszelkich barier ochronnych oraz powstawania małych ran. Z uwagi na ten fakt, tatuaż niesie ze sobą ryzyko zachorowania na wszystkie znane choroby przenoszone drogą krwionośną oraz inne, takie jak:

- AIDS, czyli zespół nabytego niedoboru odporności, do którego prowadzi zakażenie wirusem HIV;
- zakażenie wirusem WZW typu B i C, czyli wirusowe zapalenie wątroby typu B i C;
- reakcja alergiczna na podany barwnik, łącznie ze wstrząsem anafilaktycznym
- zakażenie bakteryjne lub grzybicze;
- powstanie bliznowca w miejscu tatuażu;
- uszkodzenie nerwów, prowadzące do zaburzeń czucia lub wykonywania ruchów.

Powstawanie bliznowca w miejscu tatuażu to wynik indywidualnej skłonności organizmu do nadmiernego wytwarzania tkanki łącznej w miejscu urazu. Jeśli do tej pory nie obserwowano takiego powikłania po gojeniu się ran, jego wystąpienie jest mało prawdopodobne. Najpoważniejszym zdrowotnym skutkiem tatuowania jest bez wątpienia wstrząs anafilaktyczny oraz zakażenie wirusami HIV i WZW. Ryzyko zarażenia zależy od stopnia przestrzegania zasad higieny. Jeśli tatuaż wykonywany jest w sprawdzonym studiu, gdzie sprzęt podlega odpowiedniej sterylizacji, a igły i pozostałe narzędzia są jednorazowe – nie ma podstaw do obaw, w takich warunkach ryzyko bliskie jest zeru. W nieodpowiednich warunkach może jednak w trakcie wykonywania tatuaży dojść do zakażenia m.in. wirusami WZW typu B i C, niszczącymi wątrobę. Wirus HCV potrafi przetrwać i być zakaźny na powierzchniach różnych przedmiotów do 16 godzin w temperaturze pokojowej i do 14 dni w temperaturze 4°C. Można go unieszkodliwić dopiero po 10 minutach w temperaturze 65–75°C, oraz po 2 minutach naświetlania UV. HBV jest bardziej zaraźliwy od wirusa HCV. Do zakażenia HBV może dojść w wyniku wprowadzenia do organizmu niewidocznej gołym okiem ilości krwi 0,00004 ml osoby zakażonej. Dla porównania, do przeniesienia infekcji HIV potrzeba około 0,1 ml zakażonej krwi. Wirusa HBV nie zabija temperatura 100°C, a sterylizacja suchym, gorącym powietrzem jest mało skuteczna. Dlatego tak ważne jest stosowanie akcesoriów jednorazowego użycia. Narzędzia i materiały, takie jak: igły (zawsze sterylne), ampułkostrzykawki (zawsze sterylne), końcówki, tuby, kubeczki na farbę, maszynki do golenia, żyletki, waciki, gaziki, tampony, wata, lignina, podkłady medyczne, serwety papierowe, patyczki higieniczne zawsze muszą być jednorazowe.

Bezpieczeństwo to podstawa

Podstawą jest wybór profesjonalnego studia tatuażu, w którym restrykcyjnie przestrzegane są zasady higieny. Maszyny do wykonywania tatuaży powinny być sterylizowane po każdym zabiegu, a igły, rękawiczki, maszynki do golenia, opakowania od barwnika – zawsze jednorazowe. Nie ufajmy niesprawdzonym, małym zakładom, ani tym bardziej nie dajmy się namówić na tatuaż podczas urlopu, pod wpływem chwili.

Przed zabiegiem zaleca się szczepienie przeciwko WZW typu B, jeśli nie było ono do tej pory wykonane. Niestety, przeciwko wirusowi WZW typu C oraz HIV nie istnieje na chwilę obecną skuteczna szczepionka.

A co w sytuacji, gdy podczas zabiegu pojawią się wątpliwości co do zachowania zasad sterylności przez personel wykonujący? Co powinniśmy zrobić poza zwróceniem uwagi i żądaniem wyjaśnień?

Przy kontakcie z krwią osoby zarażonej WZW (na przykład kontakt rękawic z różnymi przedmiotami) ryzyko infekcji jest szacowane zgodnie z WHO na około 6-60% w przypadku WZW B, 2% WZW C oraz poniżej 0,1-0,3% w odniesieniu do HIV. Ryzyko zależy od ilości zakażonej krwi, która dostanie się do organizmu. Tak więc najbardziej prawdopodobne jest zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV). Wirus ten jest stosunkowo odporny na warunki środowiska zewnętrznego i w temperaturze pokojowej przeżywa na skażonych powierzchniach ponad 7 dni. Jeżeli ktoś był uprzednio szczepiony przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B), to jest zabezpieczony. Jeżeli nie, należy jak najszybciej wykonać badania (antygen HBs, przeciwciała anty-HBs, próby wątrobowe). Ponieważ WZW B ma długi okres wylęgania, pierwsze badania pozwolą ustalić wyjściowy stan sprzed ekspozycji (czy osoba nie była już wcześniej zakażona HBV i nic o tym nie wiedziała). Kolejne badania należy wykonać za 6 tygodni oraz po 6 miesiącach od ekspozycji (zakażenie HBV może wylęgać się maksymalnie do pół roku). Dopiero prawidłowe wyniki po 6 miesiącach pozwalają na wykluczenie zakażenia w następstwie doznanej ekspozycji. Aby uniknąć takich sytuacji, jeszcze raz powtórzę – warto uodpornić się za pomocą szczepień przeciwko WZW typu B, które są bardzo skuteczne (tak jak przed zabiegami operacyjnymi). Przy standardowym schemacie 0, 1 i 6 miesięcy, odporność pojawia się ok. 2 tygodni po drugiej dawce szczepionki. Szczęśliwie pozostałe wirusy przenoszone drogą krwiopochodną: wirusy zapalenia wątroby typu C (HCV), jak też HIV są stosunkowo mało zaraźliwe. Nawet styczność z zakażoną krwią zwykle nie wystarcza do zakażenia.

Konsekwencje po latach

W przypadku podejmowania decyzji o tatuażu, warto rozważyć jeszcze jedną kwestię. Wystąpienie reakcji alergicznej i podrażnień po tuszach może wystąpić wiele lat po zabiegu. Atrament użyty do wykonania tatuażu po kilkunastu latach potrafi wywołać stan zapalny węzłów chłonnych. Badania pokazały, że w komórkach limfatycznych węzłów może gromadzić się pigment z tatuażu. Składniki barwników mogą ulegać rozkładowi przy wystawieniu na słońce, promieniowanie ultrafioletowe czy laser. Tatuażyści odradzają wykonywanie tatuażu w lecie i późną wiosną ze względu na niekorzystne działanie słońca na skórę pokrytą pigmentami. Poza tym pod wpływem wysokiej temperatury w naczyniach krwionośnych przepływ krwi jest lepszy, co może skutkować „rozlaniem się" tatuażu. Dlatego zaleca się, aby przynajmniej miesiąc od wykonania nie wystawiać tatuażu na słońce.

W podsumowaniu, artykuł powyższy nie ma na celu odradzania wykonywania tatuaży, ale przypomnienie o ostrożności, rozwadze, których nigdy za wiele. Trzeba wybierać profesjonalne miejsca, w których wszystkie powyższe zasady będą bardzo starannie respektowane.

lek. med. Marcin Mazur
specjalista
chorób wewnętrznych

Powiększone migdałki
a rozwój mowy

Migdałki podniebienne i migdałek gardłowy (potocznie zwany trzecim migdałem) są bardzo często badane u dzieci przez pediatrę, laryngologa lub logopedę. Trudniej ocenić jest migdałek gardłowy, gdyż jest on umiejscowiony między nosem i gardłem (na jego tylnej ścianie), w związku z czym go nie widać. Jeśli jednak przerośnięte są migdałki podniebienne; zasłaniają ścianę gardła, to możemy przypuszczać, że migdał gardłowy również będzie większy i wymaga kontroli.

U wielu dzieci trzeci migdał rozrasta się do 5 roku życia i dopiero w ok. 8 roku życia zaczyna się zmniejszać. Zdarzają się jednak przypadki, że ze względu chociażby na przewlekłe choroby układu oddechowego, następuje sytuacja odwrotna – migdałki zaczynają się rozrastać. Główną ich rolą jest ochrona organizmu (klatki piersiowej) przed infekcjami.

O leczeniu przerośniętych migdałków decyduje laryngolog i zleca leki obkurczające w przypadku mniejszego przerostu lub zabieg operacyjny. Praca logopedy zarówno przed podjęciem leczenia (diagnoza logopedyczna), w trakcie jej trwania oraz po zabiegu jest niezwykle ważna. Przerośnięte migdałki wpływają bowiem na: wyraz twarzy, połykanie, zgryz, wymowę, słuch, zachowanie, koncentrację, a przede wszystkim na wiele procesów związanych z oddychaniem.

Skutki przerostu:

- Oddychanie przez usta, w czasie snu występowanie chrapania, bezdechy senne
- Niedosłuch, zapalenie ucha środkowego
- Osłabienie mięśni twarzy i języka
- Zmiany w kościach i wyrazie twarzy; otwarta buzia, tzw. gapowata
- Ciągłe zmęczenie, bóle głowy, brak apetytu
- Nieprawidłowe połykanie – brak zwarcia czubka języka z podniebieniem
- Wady zgryzu
- Spowolniony rozwój
- Częste choroby dolnych i górnych dróg oddechowych - brak udziału nosa w trakcie oddychania

Wszystkie te objawy przekładają się na mowę i powodują wady wymowy:

- Seplenienie (często międzyzębowe głosek „t,d,n” oraz „s,z,c,dz”) – język znajduje się między zębami, poza jamą ustną
- Mowa bezdźwięczna (głoski dźwięczne realizowane są przez ich bezdźwięczne odpowiedniki: „b-p, bi-pi, g-k, d-t, w-f, z-s, ż-sz, ź-ś, dz-c, dż-cz, dź-ć”)
- Nosowanie „zamknięte” (głoski nosowe: „m, n” realizowane są z osłabionym rezonansem)
- Nieprawidłowa wymowa głosek „k” i „g” (elizje – opuszczanie lub zastępowanie najczęściej głoskami „t” i „d”)

PRACA LOGOPEDY

Praca logopedy rozpoczyna się już w czasie diagnozy logopedycznej podczas oglądu migdałków podniebiennych i nie kończy po wykonaniu zabiegu, gdyż bardzo często dziecko przyzwyczajone do wcześniejszych nawyków nie jest w stanie poradzić sobie z ogromem umiejętności, które powinno opanować.

Cele terapii logopedycznej:

- → Wypracowanie prawidłowego oddychania – wdech nosem, wydech ustami
- → Usprawnianie prawidłowego połykania; z czubkiem języka na wałku dziąsłowym przy zamkniętych ustach
- → Ćwiczenia pionizacji języka, wzmacnianie jego mięśni
- → Usprawnianie słuchowe, ćwiczenia słuchu fonematycznego – różnicowania dźwięków podobnie brzmiących
- → Korygowanie, wywoływanie i utrwalanie nieprawidłowo realizowanych głosek

Mgr
Magdalena Klepacka-Chudy

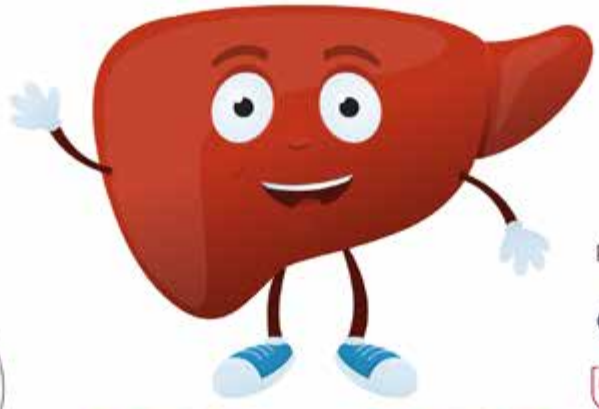
#CZASNASGONI

ZRÓB BEZPŁATNY TEST NA HCV

SZYBKO I BEZBOLEŚNIE - WYNIK W 15 MINUT

WIRUS HCV ODPOWIADA ZA WIĘKSZOŚĆ PRZYPADKÓW RAKA WĄTROBY. SZACUJE SIĘ, ŻE W POLSCE ŻYJE OKOŁO 150 TYS. OSÓB ZAKAŻONYCH - WIĘKSZOŚĆ O TYM NIE WIE! ZAKAŻENIE HCV JEST W PEŁNI WYLECZALNE.

WIĘCEJ O HCV PRZECZYTASZ U PANA WĄTROBY:
FACEBOOK.COM/PANWATROBA



ORGANIZATOR
FUNDACJA URSZULI JAWORSKIEJ

PARTNERZY AKCJI
abbvie
GILEAD

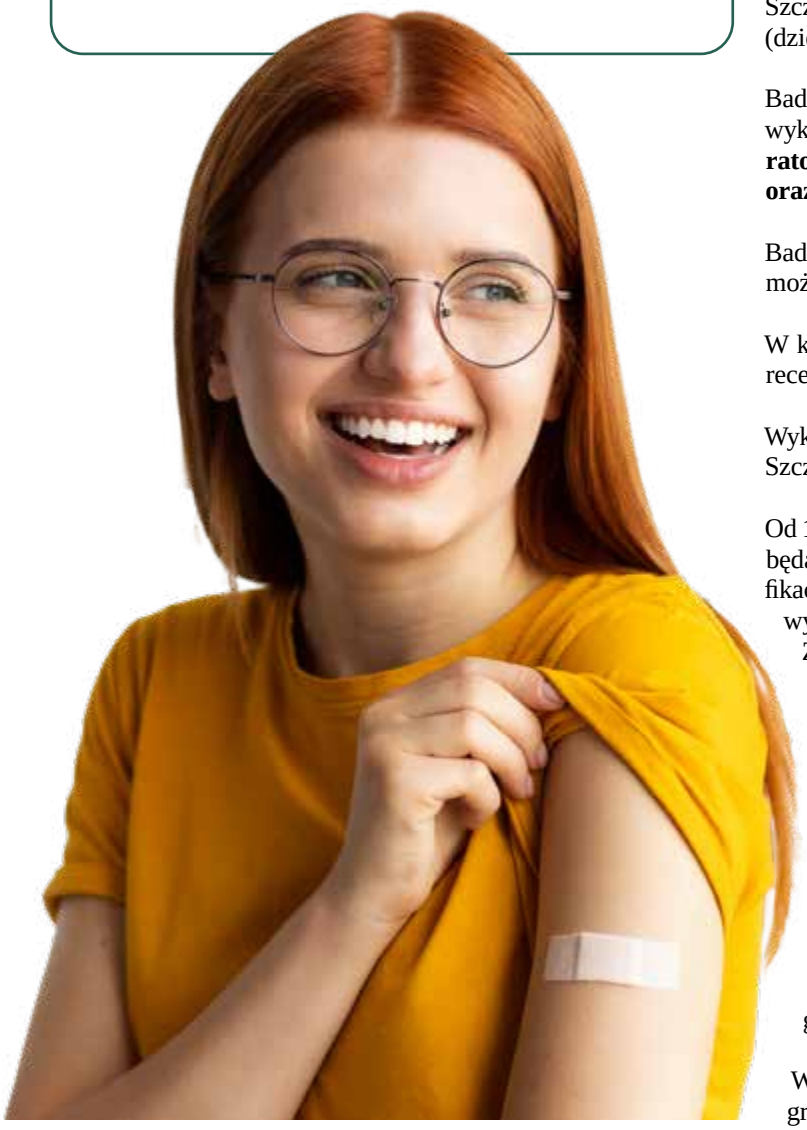
CENTRUM Medyczno-Diagnostyczne

SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE
W PRZYCHODNI CENTRUM

ZADBAJ O SWOJĄ ODPORNOŚĆ
25 633 35 55
www.centrum.med.pl

Szczepienia przeciw grypie w sezonie 2022/2023

W związku z rozpoczęciem sezonu grypowego i dostępem do szczepień w sezonie 2022/2023 Ministerstwo Zdrowia przypomina, że szczepienia przeciw grypie są wykonywane w podmiotach leczniczych i aptekach ogólnodostępnych.



Szczepionki przeciw grypie będą dostępne:

- w ramach refundacji:
  – bezpłatnie osobom w wieku 75+ oraz kobietom w ciąży,
  – z 50% refundacją osobom w wieku 65+.
- pozostałym grupom – odpłatnie (koszt preparatu).
- niektóre samorządy realizują bezpłatne programy szczepień seniorów.

NFZ finansuje proces kwalifikacji do szczepienia i samo podanie szczepionki.

Szczepienia mogą być wykonywane w podmiotach leczniczych (dzieci i dorośli) i ogólnodostępnych aptekach (dorośli).

Badanie kwalifikacyjne przed szczepieniem osoby dorosłej może wykonać: **lekarz, felczer, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny oraz farmaceuta**.

Badanie kwalifikacyjne przed szczepieniem osoby niepełnoletniej może wykonać: **lekarz**.

W każdej sytuacji przed wykonaniem szczepienia potrzebna jest recepta.

Wykonanie szczepienia będzie odnotowane w elektronicznej Karcie Szczepień.

Od 1 września 2022 r. podmioty lecznicze i apteki ogólnodostępne będą mogły rozliczyć koszt świadczenia polegającego na kwalifikacji pacjenta oraz podaniu szczepionki w kwocie 21,83 zł za wykonane jednorazowe szczepienie z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Każde szczepienie przeciw grypie wykonane w podmiotach leczniczych i w aptekach ogólnodostępnych, zgodnie z nadanymi uprawnieniami dla personelu w zakresie dostępu do gabinet.gov powinno podlegać raportowaniu do elektronicznej Karty Szczepień.

Szczepienia w aptekach

Apteki ogólnodostępne spełniające warunki dotyczące personelu, lokalu i sprzętu mogą wykonywać szczepienia przeciw grypie osób dorosłych.

W realizacji szczepienia z wykorzystaniem szczepionki przeciw grypie, farmaceuta je wykonujący dokonuje jej sprzedaży na

zasadach ogólnych, a następnie odnotowuje wykonanie e-kwalifikacji oraz podania szczepionki w elektronicznej Karcie szczepień będącej podstawą do późniejszego rozliczenia z NFZ.

Szczepionki przeciw grypie wchodzą na stan magazynowy apteki, a podstawą do ich wydania z apteki, również w przypadku udzielanej usługi jest recepta.

Zarówno przy szczepieniu z wykorzystaniem szczepionki refundowanej, jak też w przypadku realizacji szczepienia pełnopłatnego, recepta wystawiona przez osobę uprawnioną, tj. osobę posiadającą prawo wykonywania zawodu medycznego, która na podstawie przepisów dotyczących wykonywania danego zawodu medycznego jest uprawniona do wystawiania recept zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, jest bezwzględnie konieczna.

Szczepienia w podmiotach leczniczych

Rozliczenie świadczenia szczepienia dla pacjentów danego podmiotu leczniczego oraz pracowników danego podmiotu leczniczego, może nastąpić w trybie odrębnym przez NFZ tj. 21,83 zł za szczepienie.

Uwaga! Realizacja szczepień przeciw grypie w ramach programów polityki zdrowotnej finansowanych przez jednostki samorządu terytorialnego wyklucza rozliczenie szczepień przez NFZ.

Aktualne i rzetelne informacje dotyczące szczepienia przeciw grypie są dostępne w portalu szczepienia.info na stronie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH Państwowego Instytutu Badawczego

Źródło: szczepienia.gov.pl

Zmiany w chorobowym w 2022 roku

Zmiany w chorobowym w 2022 roku od kilku miesięcy są faktem. Wraz z nowym rokiem w życie weszły nowe zasady dotyczące zwolnień lekarskich i związanego z nimi zasiłku chorobowego. Co dokładnie zmieniła, a co doprecyzowała nowelizacja ustawy? Czy modyfikacje przepisów w zakresie chorobowego 2022 są korzystne dla pracowników?

Zmiany w chorobowym w 2022 roku sprawiły, że chory może przebywać krócej na l4 2022, a zasiłek, który z tego tytułu otrzymuje jest zasadniczo mniejszy niż ten, na który mógł liczyć jeszcze pod koniec ubiegłego roku. Zmiany w zwolnieniu lekarskim 2022 i świadczeniach spowodowały, że zasiłek chorobowy obowiązuje nie dłużej niż 182 dni w ciągu roku – chyba, że niezdolność do pracy wynika z ciąży lub zachorowania na gruźlicę (wówczas ten okres wydłuża się do 270 dni). Ponadto wszystkie wystawione zwolnienia lekarskie 2022 (o ile nie wystąpiła między nimi przerwa przekraczająca 60 dni) sumują się bez względu na rodzaj schorzenia, aż do wyczerpania rocznych świadczeń z tytułu choroby. W przypadku kiedy ubezpieczony pacjent skorzysta z całego przysługującego mu zasiłku chorobowego i w dalszym ciągu nie będzie zdolny do wykonywania pracy, ale lekarz stwierdzi, iż istnieje duże prawdopodobieństwo, że jego stan zdrowia w niedalekiej przyszłości poprawi się i pozwoli na pracę – może starać się o świadczenie rehabilitacyjne, z którego może skorzystać przez maksymalnie 12 miesięcy. Wyjątkiem od reguły jest natomiast niezdolność do pracy wynikająca z ciąży. W takiej sytuacji okres zasiłkowy nie uwzględnia poprzednich okresów niedyspozycji – nawet jeśli zaistniały przed 60-dniową przerwą, pod warunkiem, że niezdolność wystąpiła w trakcie ciąży.

Zwolnienie lekarskie 2022 – jak było wcześniej?

Do końca 2021 roku zliczane były tylko zwolnienia, które zostały wystawione na tę samą jednostkę chorobową, czyli te, które wiązały się z kontynuacją leczenia. W przypadku kiedy L4 wydawano pacjentowi z powodu innego schorzenia – wówczas okres zasiłkowy kalkulowano od początku. Aby został on ponownie wyliczony, wystarczył nawet jeden dzień przerwy między zwolnieniami lekarskimi. Dzięki tak skonstruowanym przepisom ubezpieczony mógł przedłużać zwolnienie lekarskie i w praktyce, np. zawnioskować o L4 na ból kręgosłupa na 14 dni, a potem otrzymać zwolnienie od lekarza psychiatry w związku ze zdiagnozowaną depresją i być na nim przez 180 dni. Aktualnie obowiązujące zasady uniemożliwiają pracownikom ciągłe przebywanie na zwolnieniach lekarskich wystawionych z powodu różnych jednostek chorobowych. Pozwala to zapobiec bezprawnym nadużyciom ze strony nieuczciwych pracowników, ale jednocześnie jest to niekorzystne rozwiązanie dla osób, które chorują na kilka schorzeń. Warto wspomnieć również o tym, że do końca ubiegłego roku ubezpieczonemu za okres pobytu w szpitalu przysługiwał zasiłek w wysokości 70% podstawy wynagrodzenia, a teraz jest to 80%.

Praca na L4 2022 to zwrot zasiłku

Choć zasada ta obowiązywała wcześniej, została doprecyzowana w nowelizacji ustawy w zakresie nieprawidłowego korzystania ze zwolnień lekarskich 2022. Chodzi oczywiście o sytuację, w której ubezpieczony przebywający na L4 zamiast się leczyć – wykonuje pracę. Wówczas stwierdza się nienależnie pobrane świadczenie chorobowe, które należy zwrócić. Dzięki uprawnieniu do pozyskiwania danych i informacji potrzebnych do ustalenia prawa do otrzymywania zasiłków, organ ZUS może zweryfikować, czy osoba zatrudniona w dwóch firmach i korzystająca z l4 2022 u jednego pracodawcy, w tym samym czasie nie wykonuje pracy u drugiego pracodawcy.

Zmiany w chorobowym w 2022 roku – zasiłek macierzyński i wypowiedzenie

Zmiany w chorobowym w 2022 roku wprowadziły również przepisy korzystne dla kobiet w ciąży, które zachowują prawo do zasiłku macierzyńskiego w przypadku narodzin dziecka po ustaniu ich zatrudnienia oraz wtedy, kiedy ubezpieczenie wygasło w okresie ciąży w związku ze śmiercią pracodawcy. Ponadto okres odbierania zasiłku z powodu l4 2022 po ustaniu zatrudnienia został skrócony do 91 dni (choć nadal nie dotyczy to kobiet w ciąży, osób chorych na gruźlicę oraz kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów) i wlicza się do niego niezdolność do pracy, która miała miejsce w czasie obowiązywania stosunku pracy.

Źródło: www.zwrotnikraka.pl

Karmienie piersią

standardy postępowania

PIERWSZE 2 GODZINY PO PORODZIE

Pierwsze karmienie powinno odbyć się na sali porodowej, w kontakcie „ciało do ciała”, przy aktywnej pomocy położnej. Tuż po urodzeniu dziecko powinno zostać położone na nagim brzuchu matki i przykryte, by nie tracić ciepła. Podczas takiego kontaktu „ciało do ciała” zachodzi kilka korzystnych zjawisk zarówno dla dziecka, jak i dla matki. Skóra noworodka zostaje skolonizowana bezpieczną florą bakteryjną z ciała matki. Pomoc położnicy przy pierwszej próbie karmienia należy do zadań położnej, przyjmującej poród, która zapewnia bezpieczeństwo mamie i dziecku. Moment rozpoczęcia karmienia następuje wtedy, gdy u noworodka zaobserwuje się odruch szukania. Noworodek po uspokojeniu się na brzuchu mamy, w ciągu kilku, kilkudziesięciu minut zaczyna szukać piersi: potrząsa główką i otwiera buzię. Należy dać dziecku chwilę na tę decyzję i pomóc mu w momencie, kiedy wykazuje zainteresowanie ssaniem. Pierwszy kontakt powinien trwać do zakończenia pierwszego karmienia. Najczęściej noworodek w pierwszych minutach życia jest aktywny przy piersi – wpływ działania adrenaliny, a naturalny wzorzec ssania pozostaje niezakłócony. Dość długo i aktywnie ssie, po czym zapada w głęboki sen i odpoczywa. Należy umożliwić matce taki kontakt z dzieckiem aż do zakończenia ssania.

PIERWSZE 6 TYGODNI LAKTACJI

1. Przestrzeganie zasad prawidłowej pozycji i prawidłowego sposobu karmienia. Pozycja dziecka i matki - ogólnie rozluźniona.

MATKA

Pozycja leżąca - matka na boku, ramię wysunięte do przodu, nie powinna podpierać się na łokciu, pod głową i karkiem poduszka, dziecko ułożone na boku przodem w kierunku matki.

Pozycja siedząca - matka ma plecy wyprostowane, podparte, uda poziomo dobrze oparte na siedzeniu i choć jedna stopa oparta płasko o podłoże a ręce podtrzymujące dziecko dobrze podparte.

DZIECKO

Prawidłowe ułożenie dziecka przy piersi na boku dobrze podparte przedramieniem matki, usta na wprost brodawki sutkowej, brzuszek dziecka zwrócony w kierunku ciała matki i do niego przylegający, dziecko luźno ubrane lub rozebrane w pozycji lekko odgięciowej, połączenie punktów przez ucho, bark i biodro powinno dać linię prostą.

Prawidłowe przystawienie dziecka do piersi

Pierś podparta dłonią od spodu, kciuk luźno na wierzchu, palce nie wchodzą na pole otoczki brodawki sutkowej, usta dziecka szeroko otwarte, widać wysuwający się język – nie cofnięty do podniebienia (można sprowokować dziecko do takiego zachowania dotykając brodawką górnej i dolnej wargi dziecka), przystawienie dziecka do piersi, nie piersi do dziecka!! Przedramieniem lub dłonią, na której podparta jest głowa dziecka, wykonać lekki lecz szybki ruch naprowadzający usta dziecka na brodawkę sutkową. Usta dziecka powinny być szeroko otwarte, obejmujące otoczkę brodawki sutkowej ok. 1,5 cm, a wargi wywinięte na zewnątrz – dolna warga głębiej obejmuje pierś niż górna broda przylegająca do piersi, czubek nosa powinien lekko dotykać do piersi – nie należy palcem odciągać piersi od nosa!! Matka trzyma dziecko dobrze przytulone do siebie (nie na odległość, nawet jeśli wielkość piersi na to pozwala).

Prawidłowy mechanizm ssania

Żuchwa dziecka porusza się rytmicznie ku dołowi początkowo szybko i płytko, następnie wolno i głęboko, słychać rytmiczne połykanie po każdym lub kilku ruchach żuchwy (k.k.k), dziecko nie wydaje odgłosów typu cmokanie, nie wciąga policzków i warg do środka, jest zrelaksowane – rozluźnione dłonie a nie mocno zaciśnięte pięści, matka nie czuje bolesności i pociągania brodawek sutkowych, dziecko efektywnie pobiera pokarm (pierś pełna przed karmieniem a opróżniona po).

2. Karmienie według potrzeb dziecka i matki

Częste karmienie według potrzeb dziecka

Po pierwszym karmieniu następuje dłuższy sen noworodka, jednak następne karmienie nie powinno odbyć się później niż 12 godzin od urodzenia. Przerwy między karmieniami nie powinny przekraczać 4 godzin, czyli dziecko powinno być przystawiane do piersi 8-12 razy

na dobę. Pod pojęciem „potrzeba" uwzględnia się tutaj nie tylko zaspokojenie głodu, ale również dyspozycyjność matki zawsze, kiedy dziecko wyraża chęć ssania, przytulenia się czy też załagodzenia bólu lub żalu. Taki sposób kontaktowania się z dzieckiem pozwala na lepszy rozwój emocjonalny, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i oczywiście dostarczenie dziecku właściwej ilości pokarmu.

Częste karmienie z uwzględnieniem potrzeb matki

Karmienie powinno odbywać się i w dzień i w nocy, zwłaszcza jeśli matka ma przepełnione piersi, w takiej sytuacji zawsze należy zaproponować dziecku pierś. Należy tu również uwzględnić potrzebę emocjonalną zaspokojenia kontaktu z dzieckiem. W rezultacie zapobiega to zastojom i stanom zapalnym piersi.

3. Karmienie wyłącznie piersią lub wyłącznie mlekiem matki

Karmienie wyłącznie piersią oznacza karmienie bez dopajania i bez dokarmiania czym innym niż mlekiem matki. Dopuszczalne jest podawanie preparatów witaminowych oraz leków kroplomierzem lub łyżeczką.

4. Niestosowanie smoczków i kapturków osłonowych na pierś

Jeśli nawet wydaje się to być uzasadnione, należy tego zaniechać, gdyż niesie to za sobą konsekwencje w postaci „mylenia wzorca" ssania z dalszymi skutkami.

5. Odciąganie niewielkich ilości pokarmu

Przed karmieniem: w celu zmiękczenia otoczki, jeśli z powodu przepełnienia mlekiem jest napięta i utrudnia dziecku prawidłowe przystawienie się do piersi lub gdy dziecko ma kłopoty z połykaniem zbyt szybko wypływającego mleka.

Pomiędzy karmieniami: do odczucia ulgi – nigdy „do końca", jeśli najedzone dziecko nie chce ssać a pierś jest przepełniona i napięta.

6. Karmienie dziecka pomimo:

Choroby matki – karmienie dziecka w okresie choroby matki budzi nadal wiele kontrowersji, nawet wśród personelu medycznego. Tymczasem jest niewiele chorób, które są istotnie przeciwwskazaniem do karmienia piersią. Należy wówczas zasięgnąć opinii konsultanta laktacyjnego, by ustalić sposób postępowania. Typowe „przeziębienia", przebiegające nawet z wysoką gorączką, nie są przeciwwskazaniem do karmienia piersią.

Leki w czasie laktacji – z ostrożnością i rozwagą należy zlecać jakiekolwiek leki czy zioła matce karmiącej, ponieważ w większym lub w mniejszym stopniu przechodzą do pokarmu i mogą mieć wpływ na dziecko lub na przebieg laktacji. Generalnie większość leków branych przez karmiącą nie jest szkodliwa dla dziecka. Tylko 1% dawki dorosłego przedostaje do dziecka przez mleko matki. Lepiej prawidłowo leczyć matkę niż zaniechać leczenia z powodu karmienia lub odstawić dziecko od piersi z powodu leczenia. Istnieje grupa leków, które stanowią bezwzględne przeciwwskazanie do karmienia piersią, m.in.: antymetabolity, izotopy radioaktywne, narkotyki, metamizol (pyralgina). Jeśli tego typu leki są konieczne, należy zakończyć karmienie piersią lub okresowo przerwać, utrzymując laktację poprzez odciąganie.

OD 7 TYGODNIA DO KOŃCA 6 MIESIĄCA LAKTACJI

Nadal karmienie wyłącznie piersią lub wyłącznie mlekiem matki

Pomimo, że na tym etapie laktacji piersi nie są tak „pełne", jak w pierwszych tygodniach, nadal nie należy dokarmiać dziecka, jeśli nie ma do tego wskazań. To uczucie nie ma związku z ilością pokarmu. Pierś nie jest „hurtownią", w której ma być magazynowane mleko, jest raczej „fabryką", produkującą mleko w zależności od zapotrzebowania – podaż zależy od popytu. Mogą zdarzać się tzw. kryzysy laktacyjne, a każda sytuacja budząca niepokój matki o ilość pokarmu wymaga oceny wskaźników skutecznego karmienia. Nadal karmienie według potrzeb dziecka i matki. Karmienie w nocy (przynajmniej jeden raz). Nadal nie należy (i nie ma takiej potrzeby) dopajać dziecka. Utrzymanie laktacji poprzez odciąganie w sytuacjach rzeczywistych przeciwwskazań.

OD 7 MIESIĄCA DO 2 ROKU LAKTACJI WRAZ Z ŻYWIENIEM UZUPEŁNIAJĄCYM

Nadal częste karmienie piersią „na żądanie"

Początkowo karmień jest ok. 6-8 na dobę, potem ich liczba zmniejsza się od 3 do 5 karmień w ciągu doby, lecz należy taką ilość karmień zachować w drugim roku życia, aby zapewnić dziecku właściwą ilość mleka. Dziecko może ssać pierś w dowolnej kolejności przed jedzeniem posiłku stałego lub po posiłku, nie wszystkie jednak dzieci chcą ssać po posiłku, zaleca się wtedy podawanie piersi przed posiłkiem, aby utrzymać laktację na odpowiednim poziomie.

Stopniowe wprowadzanie posiłków uzupełniających. Posiłki uzupełniające powinny być oparte na produktach lokalnych, świeże, zdrowe, stopniowo urozmaicane, w odpowiedni sposób podawane i higienicznie sporządzane i przechowywane.

KIEDY I JAK PRZESTAĆ KARMIĆ PIERSIĄ?

Złoty standard żywienia dziecka zalecany przez WHO to „karmienie wyłącznie piersią przez 6 miesięcy i kontynuowanie karmienia z rozszerzaniem diety dziecka do 2 roku życia. Karmienie piersią dalej też nie jest pomyłką, błędem ani bezwartościowym działaniem, jeśli ma na to ochotę i matka, i dziecko, jeśli żadne z nich nie staje się ofiarą tego karmienia. Układ nerwowy dziecka cały czas rozwija się a mleko matki nadal zawiera między innymi cholesterol potrzebny w rozwoju układu nerwowego małego ludzkiego ssaka.

Mgr Ewa Prokurat
Położna w Przychodni Centrum Matki i Dziecka w Siedlcach

Poznaj grzyby

unikniesz zatrucia!

Grzybobranie w naszym kraju jest bardzo popularne. Grzyby są chętnie spożywane przez ludzi ze względu na ich walory smakowe. Pobyt w lesie jest także bardzo dobrą formą aktywnego wypoczynku. W naszych lasach rośnie wiele gatunków grzybów, wśród których występują **grzyby trujące, jadalne i niejadalne**. Szczególnie niebezpieczne są grzyby trujące, które mogą stać się przyczyną śmiertelnych zatruć pokarmowych. Aby uniknąć tak poważnych zagrożeń dla życia i zdrowia, należy zbierać tylko te grzyby, które dobrze znamy. Jest to jedyny sposób uniknięcia tragicznych konsekwencji spożycia grzybów trujących.

Podstawowe zasady bezpiecznego grzybobrania:

1. Należy zbierać wyłącznie te grzyby, co do których nie mamy jakichkolwiek wątpliwości, że są **jadalne** (warto korzystać z atlasów).
2. Należy zbierać wyłącznie grzyby **wyrośnięte** i dobrze wykształcone, gdyż młode owocniki, bez wykształconych cech danego gatunku są najczęściej przyczyną tragicznych pomyłek.
3. Początkujący grzybiarze powinni zbierać wyłącznie **grzyby rurkowe**, ponieważ w tej grupie nie ma grzybów śmiertelnie trujących i jest dużo mniejsze ryzyko zatrucia.
4. Należy unikać **błędnych metod rozpoznawania gatunków trujących** (zabarwienie cebuli podczas gotowania, ciemnienie srebrnej łyżeczki, gorzki smak – gatunki śmiertelnie trujące, jak np. muchomor zielonawy – sromotnikowy, mają przyjemny, słodkawy smak).
5. Należy zbierać grzyby do **przewiewnych koszyków**, w żadnym przypadku do foliowych reklamówek, ponieważ powodują one zaparzanie i przyspieszają psucie grzybów.
6. Nie należy przechowywać świeżych grzybów ani potraw z grzybów zbyt długo.
7. Nie należy zbierać grzybów w okolicach **skupiska odpadów**, tj. przy zakładach produkcyjnych, jak również rosnących w rowach lub na skraju lasu oraz przy drogach o dużym natężeniu ruchu – grzyby wchłaniają ze swego otoczenia metale ciężkie i inne zanieczyszczenia.
8. Nie należy zbierać i niszczyć grzybów **niejadalnych i trujących**, gdyż wiele z tych gatunków jest pod ochroną i stanowią one część ekosystemu.

W razie wątpliwości, czy zebrane grzyby są trujące czy jadalne, można skorzystać z bezpłatnej porady w stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

Jeżeli nie mamy pewności, czy grzyb jest jadalny – nie ryzykujmy! Nawet najbardziej doświadczonym grzybiarzom przytrafiają się pomyłki, które mogą być tragiczne w skutkach!

Kilka informacji dotyczących konsumpcji grzybów

1. **Jedzenie grzybów, szczególne leśnych, jest niewskazane dla małych dzieci oraz osób cierpiących na zaburzenia układu pokarmowego.**
2. Nie należy spożywać grzybów **w zbyt dużych ilościach**, ponieważ są ciężkostrawne. Może to być również niebezpieczne ze względu na stopień skażenia owocników metalami ciężkimi, które mogą kumulować się w naszych organizmach.

3. Nie należy spożywać grzybów **na surowo** – może to wywoływać dolegliwości trawienne i zatrucia. Należy spożywać wyłącznie grzyby jadalne poddane obróbce termicznej, takiej jak smażenie lub gotowanie.
4. Niektóre rodzaje grzybów mogą powodować **zatrucia w połączeniu z alkoholem!** (np. borowik ponury, czernidlak pospolity)
5. Jeżeli po spożyciu grzybów pojawią się **nudności, bóle brzucha, biegunka, skurcze mięśni, podwyższona temperatura** – należy niezwłocznie wywołać wymioty i zgłosić się do lekarza.

W przypadku zatrucia muchomorem sromotnikowym może nastąpić chwilowa poprawa samopoczucia, po której stan chorego gwałtownie się pogarsza. Lekarz wezwany w porę może uratować życie!

Źródło: https://www.gov.pl/web/wsse-lodz/poznaj-grzyby-unikniesz-zatrucia2

PRZYSTANEK MAMA

profilaktyka depresji poporodowej

Mamo, NIE JESTEŚ sama!

Jeśli:

- ✔ po narodzinach dziecka nie czujesz się szczęśliwa,
- ✔ brakuje Ci energii i nic Cię nie cieszy,
- ✔ opieka nad dzieckiem Cię męczy i irytuje,
- ✔ chciałabyś je zostawić, oddać aby ktoś inny się nim zajął, lub przeciwnie wciąż doświadczasz lęku o dziecko, obawiając się o jego zdrowie i życie,
- ✔ martwisz się, że jesteś złą matką,
- ✔ masz poczucie utraty miłości do dziecka,
- ✔ boisz się, że możesz skrzywdzić swoje dziecko lub siebie...

Nie czekaj!

Nie smuć się w samotności.
NIE JESTEŚ SAMA!
Skontaktuj się z nami i pozwól sobie pomóc!

Bezpłatne konsultacje psychologiczne

Mamom doświadczającym trudności emocjonalnych w pierwszym roku po urodzeniu dziecka, oferujemy możliwość skorzystania z trzech indywidualnych spotkań z psychologiem. Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem

502 032 355 (Anna Kropisz) **506 007 408** (Ewa Prokurat)

22 116 92 02 (Warszawski Uniwersytet Medyczny Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej)

42 254 96 00 (Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny)

Lider:
Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o. o.
08-110 Siedlce | ul. Niklowa 9

Koordynator projektu:
ANNA KROPISZ
tel. 502 032 355

Koordynator Merytoryczny:
EWA PROKURAT
tel.: 506 007 408

Partnerzy projektu:

- Warszawski Uniwersytet Medyczny
Zakład Dydaktyki
Ginekologiczno-Położniczej
Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Litewska 14/16
00-575 Warszawa
tel. 22 116 92 02

- Centrum Medyczne
Szpital Św. Rodziny,
ul. Wigury 19, 90-302 Łódź,
tel. 42 254 96 00,
usmiechmamy@swietarodzina.com.pl

www.usmiechmamy.pl

Projekt realizowany w ramach projektu „Uśmiech Mamy" Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej", nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00 realizowanym przez Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny, w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój
Rzeczpospolita Polska
Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Błędy żywieniowe dotyczące warzyw i owoców

Powszechnie przyjmuje się, że warzywa i owoce stanowią zdrową żywność. Dużo osób jest przekonanych, że można, a nawet należy, jeść je jak najczęściej i w jak największej ilości. Niestety, nie jest to prawdą. Jarzyny również mają swoje specyficzne właściwości, które oddziaływają na nasze organizmy w określony sposób. Co więcej, w niektórych przypadkach wcale nie są niskokaloryczne, w związku z czym osoby na dietach redukcyjnych również powinny na nie uważać.

Zarówno owoce, jak i warzywa, mogą uczulać albo nie być odpowiednim pokarmem dla osób z pewnymi dysfunkcjami układu trawiennego. Dodatkowo, z racji tego, że są one żywnością nieprzetworzoną, należy zwracać szczególną uwagę na sposób ich przechowywania oraz stan świeżości. Już na pierwszy rzut oka widocznym jest więc, że przy spożywaniu owoców i warzyw również można popełnić szereg błędów żywieniowych. Poniżej zostaną przeanalizowane te, które są popełniane najczęściej.

1 Jedzenie warzyw i owoców poza sezonem. Generalnie powinniśmy spożywać te owoce i warzywa, które są właściwe dla danej pory roku. Od razu na myśl nasuwają nam się wczesnoletnie truskawki, bób i botwina czy jesienna dynia albo zimowe cytrusy. Warto wskazać, że owoce i warzywa poza sezonem tracą wiele ze swoich wartości witaminowych. Ponadto są one sztucznie konserwowane, w związku z czym zawierają szkodliwe dla nas toksyny. Dlatego też nie warto kupować „chemicznych" truskawek w środku zimy albo zeszłorocznych jabłek późną wiosną. Jeżeli chcemy cieszyć się sezonowymi produktami na dłużej, warto je zamrozić – najlepiej w szczycie sezonu, gdy jakość warzyw i owoców jest najlepsza.

2 Dodawanie do warzyw i owoców ciężkich dodatków, typu sosy, cukier, śmietana, bułka tarta. Średniej wielkości kalafior (cały – ok. 800 g) zawiera 200 kalorii. Łyżka bułki tartej waży 8 g i zawiera 28 kalorii. Jedna płaska łyżka oleju rzepakowego waży 10 g i zawiera 88 kalorii. Dwie łyżki oleju i dwie łyżki bułki tartej mają więc równowartość energetyczną całego kalafiora. Garść truskawek (około 70 g) zawiera 25 kalorii. Jedna łyżka stołowa cukru to 50 kalorii, jedna łyżka śmietany 18% to 47 kalorii. Wnioski nasuwają się same – najlepiej jeść warzywa i owoce bez żadnych dodatków albo przyprawiać je do smaku ziołami.

3 Zastępowanie owocami i warzywami głównych posiłków. Według najnowszych zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia należy jeść dziennie co najmniej 400 g warzyw i owoców, przy czym powinny one stanowić dodatek do każdego posiłku. Owoce i warzywa stanowią podstawę współczesnej piramidy żywieniowej. Niemniej jednak należy również pamiętać o właściwym rozkładzie makroskładników w diecie. Co do zasady białka powinny stanowić ok. 20-30%, węglowodany 50-65%, a tłuszcze 15-25%. Wskazać należy, że warzywa i owoce zawierają dużo mikroelementów, witamin i błonnika, ale jednocześnie nie stanowią źródła białek i tłuszczy (z pewnymi wyjątkami – np. awokado, warzywa strączkowe). Dlatego też nie powinniśmy zastępować owocami czy warzywami głównych posiłków. Odradza się diety typu detoks warzywno-owocowy lub sokowy.

4 Niezwracanie uwagi na stan świeżości produktów. Świeże owoce i warzywa są żywnością niskoprzetworzoną. Oznacza to, że są one bardziej narażone na zepsucie. Zwracajmy uwagę na jakość owoców i warzyw już podczas zakupów. Nie kupujmy produktów nadgnitych, rozmiękłych czy nadpleśniałych. W przypadku pewnych owoców, np. arbuzów, należy także zwracać uwagę, czy nie zaczęły one fermentować. Warto także w sposób właściwy przechowywać owoce i warzywa – tak, aby były one jak najdłużej świeże.

5 Jedzenie owoców i warzyw wysoko przetworzonych. Jak już wskazano powyżej, najlepszą metodą konserwacji warzyw i owoców jest ich mrożenie. Pozwala na zabezpieczenie produktu ze stosunkowo niską utratą jego wartości odżywczych. Pamiętajmy o tym, że do przetworów z owoców i warzyw często dodaje się duże ilości cukru, octu i soli, które nie wpływają dobrze na nasz organizm. Dżem z owoców należy traktować raczej jako słodycz i sięgać po niego sporadycznie, niż jako dzienną porcję jarzyn. W przypadku przetworów warzywnych najlepsze są kiszonki. Przetwory na bazie octu są ciężkostrawne i nie należy ich jeść często. Warto także podkreślić, że nawet zimą są produkty sezonowe – wtedy jest czas na cytrusy, warzywa kapustne, strączkowe i korzeniowe (marchewki, buraki).

6 Niezwracanie uwagi na wartość energetyczną warzyw i owoców. Podkreślenia wymaga, że wszystko, co jemy w ciągu dnia, wlicza się w dzienny bilans diety. Nawet jeżeli jest to marchewka, dwa winogrona lub niewielka śliwka. Pamiętajmy o tym, że niektóre owoce lub warzywa są bardzo kaloryczne, przykładowo – w 100 g daktyle zawierają 277 kalorii, awokado – 160 kalorii, banany – 100 kalorii, winogrona – 70 kalorii. Średni banan to około 120 kalorii, garść winogron to około 50 kalorii.

7 Niezwracanie uwagi na szczególne właściwości danego produktu. Oprócz samej wartości energetycznej warto pamiętać o szczególnych właściwościach danych produktów. Przykładowo – banan ma działanie wychładzające; śliwki i winogrona – podnoszące poziom cukru; kalafior, brukselka, kapusta, cebula i warzywa strączkowe to z kolei żywność wydymająca; bakłażan i pomidory są natomiast moczopędne. Niektóre owoce czy warzywa wchodzą z kolei w niepożądane interakcje z lekami – przykładowo grapefruit może spowolnić metabolizm niektórych leków przeciwhistaminowych (przeciwalergicznych); przyjmując leki przeciwzakrzepowe, należy zaś unikać spożywania dużej ilości produktów bogatych w witaminę K (kapusta, brukselka, zielona sałata, kalarepa, szparagi, szpinak).

Wskazując na powyższe przykłady dochodzimy do wniosku, że wszystko – nawet cieszące się dobrą sławą owoce i warzywa – należy spożywać z rozsądkiem i umiarem. Warto także uważnie obserwować swój organizm pod kątem reakcji na dany produkt i odstawiać te, które nam nie służą. Również owoce i warzywa mogą mieć działanie uczulające. W przypadku podejrzeń, że po określonych składnikach żywności czujemy się źle, należy je odstawić. Sposób przyjmowania leków i ich ewentualne interakcje z żywnością w razie wątpliwości powinno się skonsultować z lekarzem rodzinnym. W przypadku zaś problemów z ułożeniem zbilansowanego jadłospisu bogatego w wartościowe owoce i warzywa warto udać się na konsultację u dietetyka.

dr inż. Teresa Borkowska
dietetyk

Jej wysokość szarlotka

Z nutą cynamonu

Ciasto:
4 szklanki mąki
łyżeczka proszku do pieczenia
szklanka cukru pudru
1 1/2 kostki masła (kostka tutaj - 250g)
6 dużych żółtek
2 łyżki gęstej kwaśnej śmietany

Nadzienie:
8 kwaskowatych jabłek, obranych
pokrojonych na półplasterki
1/4 szklanki wody
1 szklanka cukru
2 łyżeczki cynamonu
2 łyżki mąki ziemniaczanej
3 łyżki soku z cytryny
3 łyżki tartej bulki
cukier puder do posypania

Ciasto:
Mąkę, cukier puder i proszek do pieczenia przesiać do dużej miski. Masło pokroić na małe kawałki, dodać do mąki i posiekać, dodać żółtka i kwaśną śmietanę i wyrobić ciasto. Ciasto podzielić na pół, zawinąć w folię i schłodzić co najmniej godzinę lub dłużej.

Nadzienie:
Pokrojone jabłka umieścić w rondelku, dodać wodę i dusić przykryte około 15 minut, nie mieszać. Dodać cynamon i cukier, lekko wymieszać. Mąkę ziemniaczaną zmieszać z sokiem cytrynowym, dodać do masy jabłkowej i dusić jeszcze przez 2 minuty. Masa powinna być bardzo gęsta, ale nie rozgotowana.

Rozgrzać piekarnik do 180°C. Formę (34cm x 23cm) posmarować masłem i zetrzeć do niej na tarce jedną część ciasta. Lekko wgnieść ciasto, tak aby powierzchnia była raczej jednolita i podpiec w piekarniku przez około 8 minut. Wyjąć z piekarnika, lekko przestudzić, posypać tartą bułką, wyłożyć na to nadzienie jabłkowe i zetrzeć na nie drugą część ciasta. Piec około godziny, aż powierzchnia się zrumieni. Lekko przestudzić, posypać cukrem pudrem.

Lukier do szarlotki

2 łyżki kwaśnej śmietany (50 g)
1 szklanka cukru pudru (120 g)

Śmietanę podgrzewamy lekko. Następnie dodajemy cukier puder i dokładnie mieszamy. Gdy lukier jest już jednolity od razu polewamy nim ciasto.

Szarlotka z bezą i kruszonką

Ciasto:
3 szklanki (450 g) mąki pszennej
1/3 szklanki cukru
1 cukier wanilinowy
1 łyżeczka proszku do pieczenia
250 g masła
50 g smalcu lub masła
5 żółtek

Jabłka:
1 kg jabłek odmiany szara reneta
1 cukier wanilinowy
sok z 1/2 cytryny
1 budyń śmietankowy lub waniliowy
1 łyżeczka cynamonu

Beza: 5 białek, 1 i 1/2 szklanki cukru, 2 łyżki mąki ziemniaczanej, cukier puder do posypania

Przygotowanie:
Do miski lub na stolnicę przesiać mąkę, dodać cukier, cukier wanilinowy i proszek do pieczenia. Dodać starte na tarce lub drobno posiekane masło oraz posiekany smalec. Ucierać składniki palcami lub siekać składniki na stolnicy aż powstanie drobna kruszonka. Dodać żółtka i zagnieść ciasto łącząc ze sobą wszystkie składniki. Uformować kulę, rozpłaszczyć ją, zawinąć w folię i schować do lodówki na ok. pół godziny.

Jabłka:
Jabłka obrać ze skórki i zetrzeć na tarce o grubych oczkach. Dodać cukier wanilinowy, sok z cytryny, proszek budyniowy oraz cynamon, wymieszać, odstawić. Piekarnik nagrzać do 175 stopni C. Wyjąć ciasto z lodówki, odłożyć 1/3 ciasta i schować je z powrotem do lodówki. Z 2/3 pozostałego ciasta uformować kulę i pokroić ją na cienkie plastry, układać je na dnie blaszki o wymiarach 25 x 35 cm posmarowanej masłem i wyłożonej papierem do pieczenia lub posypanej mąką. Plastry ugnieść palcami na jedną równą warstwę i wstawić do piekarnika na 10 minut.

Beza:
Ubić białka na sztywną pianę ze szczyptą soli, następnie stopniowo dodawać cukier cały czas ubijając. Po skończonym cukrze ubijać jeszcze przez ok. 2 - 3 minuty. Dodać mąkę ziemniaczaną i zmiksować. Na podpieczony spód wyłożyć jabłka, na wierzchu bezę i na końcu starte na tarce ciasto z lodówki. Piec przez ok. 35 minut na złoty kolor, oprószyć cukrem pudrem.

Szarlotka Teresy

Ciasto:
2,5 do 3 szklanek mąki
3 całe jajka i 2 żółtka
4 łyżki cukru pudru
kostka masła
2 łyżki smalcu
2 łyżeczki proszku do pieczenia

Wyrobić ciasto i podzielić na pół. Jedną częścią wyłożyć spód blachy, na to jabłka (można wcześniej je udusić – ok. 1,5 kg) i przykryć drugą częścią ciasta. Piec około godziny. Po ostudzeniu posypać cukrem pudrem lub polać lukrem.

W świecie sów

Sowy to ptaki tajemnicze, niezwykłe i ciągle mało poznane. Od zarania dziejów intrygowały ludzi swoim wyglądem, zachowaniem i skrytym, nocnym trybem życia. Przypisywano im magiczną moc, jak i utożsamiano z demonami. Choć do dnia dzisiejszego nie cieszą się zbyt dużą sympatią, są jedną z najciekawszych grup ptasiego świata.

Zdolność widzenia w ciemności, niezwykle wrażliwy słuch i bezszelestny lot to trzy podstawowe przystosowania sów do nocnego trybu życia. Duże oczy mogą stanowić aż pięć procent masy ich ciała. Osadzone są z przodu głowy, więc umożliwiają stereoskopowe widzenie, niezwykle przydatne w ocenie odległości. Wielkie oczy sów mieszczą znaczną ilość komórek światłoczułych – głównie pręcików, które reagują przede wszystkim na słabe, rozproszone światło. To dzięki ich obecności ptaki mogą sprawnie przemieszczać się i polować pod osłoną nocy, wykorzystując znikomą ilość światła. Sowie oczy są tak duże, że wypełniają większą część czaszki, w której tkwią nieruchomo. Mimo tego ich pole widzenia jest ogromne, gdyż dzięki specjalnej budowie szyi (14 kręgów) potrafią obracać głowę nawet w promieniu 270 stopni w jedną stronę.

Zmysł słuchu sów jest więcej niż perfekcyjny. Ptaki te słyszą co najmniej 10 razy lepiej niż człowiek. Głowy kilku gatunków sów zdobią pęczki piór potocznie zwane „uszami". Nie mają one jednak nic wspólnego ze zmysłem słuchu. Prawdziwe otwory uszne znajdują się pod warstwą piór po bokach głowy. Są zwykle położone niesymetrycznie względem siebie, przez co dźwięki docierają do nich nierównocześnie. Pozwala to sowom lokalizować źródło dźwięku z niezwykłą dokładnością.

Sowy, by być skutecznymi łowcami, muszą latać bezszelestnie. Sekret bezgłośnego lotu sów tkwi w piórach, których budowa nie przypomina piór innych ptaków. Lotki, sterówki oraz pióra okrywowe pokryte są delikatnym, krótkim puchem, przypominającym aksamit. Co więcej krawędzie lotek, które bezpośrednio stawiają opór powietrza, są gęsto ponacinane i przypominają piłkę lub grzebień. Takie ząbki niwelują zawirowania i świst powietrza powodowany przez pracę skrzydła.

W Polsce możemy spotkać kilkanaście gatunków sów, które różnią się między sobą wielkością, zwyczajami i środowiskiem życia. Najpospolitszy jest **puszczyk**. Znacznie łatwiej go usłyszeć niż zobaczyć. Za dnia skrywa się w obszernych dziuplach drzew lub zakamarkach budynków. Na łowy wyrusza pod osłoną nocy. Poluje na wszelkie gryzonie i małe ptaki, czasami na płazy i gady. Jego donośne pohukiwanie jest jednym z ulubionych motywów dźwiękowych wykorzystywanych w filmach, których akcja rozgrywa się pod osłoną nocy.

Sową, bardzo związaną z osiedlami ludzkimi, jest **płomykówka**. Jej cechą charakterystyczną jest jasna, sercowata szlara otaczająca czarne oczy. Jest nieco mniejsza i znacznie smuklejsza od puszczyka. Płomykówki wydają bardzo różnorodne dźwięki – mruczą, skrzeczą i syczą. Samiec w okresie godowym odzywa się zachrypniętym, przerażającym krzykiem. Płomykówka zasiedla krajobraz rolniczy, jak i miasta. Typowe miejsca lęgowe i dziennego schronienia to przede wszystkim wieże i strychy kościelne.

Bardzo charakterystyczny wygląd ma **uszatka**. Swoją nazwę zawdzięcza obecności na głowie kępek długich piór, imitujących uszy. Jest wielkości dużego gołębia. Za dnia ukrywa się w gęstwinie liści i gałęzi. Dzięki maskującemu upierzeniu przypomina wtedy bardziej suchy konar niż żywą istotę. Uszatka związana jest zarówno z krajobrazem rolniczym, jak i lasami. Osiedla się zwykle w pobliżu zrębów, polan, w zadrzewieniach śródpolnych, szpalerach drzew czy nawet większych ogrodach. Sama gniazda nie buduje. Do lęgów przystępuje w starych gniazdach srok, wron, sójek lub ptaków drapieżnych. Zimą uszatki zbierają się w grupy, liczące od kilku do kilkudziesięciu osobników i przesiadują w ciągu dnia na wybranych drzewach.

Niewielką sową występującą w krajobrazie rolniczym i na peryferiach miast jest **pójdźka**. W przeciwieństwie do innych gatunków, wykazuje również aktywność dzienną. Można ją zauważyć, jak wygrzewa się w promieniach słonecznych na kominach, dachach budynków czy drzewach. Podczas polowania często przesiaduje na eksponowanych miejscach, jak słupki ogrodzeniowe czy słupy energetyczne.

Kilka kolejnych gatunków sów to ptaki typowo leśne. Najmniejsza jest **sóweczka**, która jest niewiele większa od skowronka i prowadzi głównie dzienny tryb życia. Nie pohukuje, lecz głośno gwiżdże. Nieco większa od sóweczki jest **włochatka**. Zasiedla rozległe lasy, wybierając co najmniej 100-letnie drzewostany sosnowe lub świerkowe z domieszką jodły i buka. W Polsce występuje głownie w Sudetach, Karpatach, Borach Dolnośląskich, na Pomorzu Gdańskim oraz w Puszczach: Augustowskiej, Białowieskiej, Knyszyńskiej i Piskiej. **Puszczyk uralski i puszczyk mszarny** to dwa duże gatunki sów. Ten pierwszy występuje głównie w południowo-wschodniej części Polski. Jest bardzo liczny w Bieszczadach. Gatunek ten stopniowo poszerza swój zasięg i coraz częściej pojawia się w Świętokrzyskim Parku Narodowym czy na Polesiu. W czasie zimy jest aktywny również za dnia i wtedy najłatwiej go zaobserwować. Puszczyk mszarny jest bardzo nieliczny. W Polsce gniazduje około 10 par. Spotykany jest jedynie w Puszczy Białowieskiej i na Polesiu Lubelskim.

Największą sową jest **puchacz**. Ptaki mogą osiągać aż 80 cm długości i ok. 4 kg wagi. Podobnie jak uszatka, na głowie ma długie, sterczące kępy piór, imitujące uszy. Występuje w rozproszeniu niemal w całym kraju. Najliczniejsze populacje są na Lubelszczyźnie, w Dolinie Biebrzy i w Karpatach. Zamieszkuje rozległe, odludne stare drzewostany, wąwozy i obszary skaliste. Puchacz poluje głównie na karczowniki, wiewiórki, krety, jeże a także ptaki: kaczki, ptaki drapieżne czy nawet inne gatunki sów. Gnieździ się najczęściej na ziemi, czasami wykorzystuje stare gniazda dużych ptaków drapieżnych a w górach półki skalne.

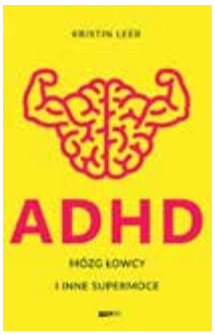
Niezwykłą sową jest **uszatka błotna**. Jak sama nazwa wskazuje, jest związana z terenami podmokłymi. W Polsce bardzo nieliczna. Główne miejsca lęgowe znajduje w dolinie Biebrzy i Narwi.

Tekst i zdjęcie (uszatka): Kamil Kryński

"ADHD. Mózg łowcy i inne supermoce"

Kristin Leer

POZNAJ SWOJĄ SUPERMOC I ŻYJ LEPIEJ Z ADHD!



Trudno ci się skupić na jednym zadaniu, robisz sto rzeczy naraz i masz problem z dotrzymaniem deadline'ów? To nie musi być lenistwo ani prokrastynacja. To może być ADHD. Dawniej sądzono, że z tego zaburzenia stopniowo się wyrasta. Najnowsze badania wskazują jednak na to, że może się ono utrzymywać przez całe życie.

Dorośli z ADHD uchodzą często za ludzi impulsywnych, leniwych, niecierpliwych, nerwowych, mających trudności z koncentracją i utrzymaniem porządku. Ale Kristin Leer, lekarka psychiatrii ze zdiagnozowanym ADHD, przekonuje, że zaburzenie to nie musi być wyrokiem – to może być twoja supermoc! **Osoby z ADHD mają tak zwany mózg łowcy, cechują się kreatywnością i spontanicznością**, a także emanują pozytywną energią, którą potrafią zarażać innych. Mają zdolność do osiągania niezwykłego stanu hiperskupienia i potrafią przyswoić niezwykłą ilość wiedzy w bardzo krótkim czasie **Autorka książki pokazuje ADHD z nowej perspektywy**, sięga do współczesnych badań i teorii oraz proponuje techniki i strategie radzenia sobie z tym zaburzeniem w dorosłym życiu, a także omawia zalety posiadania nieneurotypowego mózgu. ***"Ta książka przychodzi z pomocą wszystkim tym, którzy na co dzień mierzą się z ADHD. Udowadnia, że ADHD to nie wyrok, ale dodatkowe możliwości, które pozwalają cieszyć się pełnią życia."***

Tomasz Kowalczyk, psychiatra i specjalista od ADHD
Wydawnictwo Znak Literanowa, wrzesień 2022
Powyższy opis pochodzi od wydawcy

Płyta na jesień: BLACKFIELD "OPEN MIND - THE BEST OF"

Są tacy Artyści, którzy czego się dotkną, zmieniają w muzyczne złoto. Jednym z takich geniuszy tych czasów jest Steven Wilson. Jego twórczość możemy odkrywać na wielu polach np. w zespołach Porcupine Tree, No-Man, czy w działalności solowej. Każda z nich nieco inna, ale połączona przez wrażliwość i zamiłowanie do pięknych melodii. Tym razem wybrałem jeszcze inny projekt, czyli Blackfield. To efekt współpracy Stevena Wilsona z Avivem Geffenem, niezwykle popularnym muzykiem w Izraelu.

Najlepszą wizytówką będzie składanka największych przebojów, czyli niezwykle urokliwych pop-rockowych piosenek, pięknie zagranych, zaśpiewanych, które uzależniają jak narkotyk. Idealna płyta na jesień.

Humor o lekarzach

Przychodzi pacjent do przychodni w Polsce ... powiedzmy to sobie głośno! Stanął w kolejce do rejestracji. Po kilku godzinach, kiedy przyszła jego kolej recepcjonistka się pyta, do jakiego lekarza chciałby być skierowany.
- Ja poproszę do kogoś od uszu i od oczu...
- Proszę Pana nie ma lekarzy takiej profesji... do kogo mam Pana skierować...
- Ale ja proszę do takiego od oczu i od uszu!
- Proszę Pana jest albo od oczu okulista albo od uszu laryngolog... to do kogo??
- Ale on musi być od oczu i uszu jednocześnie!!
- No dobrze a jakbym takiego znalazła to co by mu Pan powiedział? W czym można Panu pomóc??
- Mam ostatnio taki problem... co innego słyszę a co innego widzę...

• • • • •

Lekarz, stając w drzwiach gabinetu z listą pacjentów:
- Szanowni Państwo, w związku z RODO nie mogę używać nazwisk, więc zapraszam na wizytę kontrolną pana z syfilisem!

• • • • •

- Nie rozumiem, dlaczego mam panu zapisać środki nasenne, skoro pół nocy przesiaduje pan w barze...
- To nie dla mnie, to dla mojej żony!

• • • • •

Do szpitalnej sali wchodzi facet:
- Kto miał badania robione dwudziestego?
- Ja - jeden z pacjentów podnosi rękę.
- Ile pan ma wzrostu?
- Metr siedemdziesiąt.
- Aha - facet odwraca się na pięcie i wychodzi.
- Panie doktorze, jak moje wyniki? - woła za nim pacjent.
- Nie jestem lekarzem tylko stolarzem.

PIELĘGNIARSTWO to zawód prestiżowy

We współczesnej rzeczywistości zawód pielęgniarki zyskał nowy wymiar i rangę. Jest zawodem w pełni samodzielnym, chronionym przez korporacyjny samorząd zawodowy. Jednocześnie trzeba zdawać sobie sprawę, że zmiany w przepisach powodują większą samodzielność pielęgniarek, ale i większą odpowiedzialność. Stawiają przed osobami wykonującymi zawód pielęgniarki nowe wyzwania, co wymaga kształcenia na odpowiednio wysokim poziomie, a także konieczność ciągłego dokształcenia się.

Praca pielęgniarki polega na towarzyszeniu człowiekowi w jego cierpieniu, powrocie do zdrowia, przy narodzinach i umieraniu. Nie jest to służba łatwa gdyż wiąże się z koniecznością przełamywania własnych słabości. Jest to zawód, w którym szkolna wiedza miesza się z powołaniem, wielkim sercem, potrzebą niesienia pomocy drugiemu człowiekowi.

Wszędzie na świecie a także i w Polsce wzrasta zapotrzebowanie na pielęgniarki, pielęgniarzy. Spowodowane jest to z jednej strony starzeniem się społeczeństwa, rosnącą liczbą pacjentów w wieku wymagającym stałej i fachowej opieki oraz pacjentów przewlekle chorych, a z drugiej strony ze zwiększonymi kompetencjami pielęgniarek, włącznie z wypisywaniem recept na określone leki i określonych wyrobów medycznych.

Pielęgniarstwo to zawód z przyszłością, ukończenie takich studiów daje pewność pracy w zawodzie, a za zwiększonymi kompetencjami, idzie też stopniowa poprawa zarobków. Dlatego też pielęgniarstwo obecnie w Polsce jest jednym z najpopularniejszych kierunków zarówno na uczelniach publicznych jak i prywatnych.

W oparciu o statystyki z ostatnich lat i prognozy na najbliższe lata można zauważyć pewne trendy, które są bezpośrednimi wskaźnikami kierunków kształtowania się rynku pracy. Obszarem zatrudnienia, który ma silnie wzrostową tendencję jest sektor opieki zdrowotnej. Proces starzenia się społeczeństw, obserwowany we wszystkich cywilizowanych krajach, powoduje coraz większe zapotrzebowanie na lekarzy, farmaceutów, ale przede wszystkim na pielęgniarki.

Do tej pory określono już wszystkie minusy zawodu pielęgniarskiego. Jednym z podstawowych to bez wątpienia wciąż niskie zarobki, obciążenia fizyczne

i psychiczne, które w pielęgniarstwie są bardzo duże, a także niski prestiż. Jednak czas dostrzec także plusy tego zawodu. Trzeba wyraźnie zaznaczyć, że w ostatnich latach nastąpiła poprawa w technice wykonywania czynności pielęgniarskich, a także i w wynagrodzeniu. Obecnie zarobki pielęgniarek kształtują się na poziomie siedmiu tysięcy złotych. Często są to kwoty znacznie większe. Dziś w zawodzie pielęgniarki jest miejsce na rozwój, karierę, a nawet osiągnięcia naukowe. Z pewnością nie jest to zawód nudny i monotonny. To, co obecnie obserwuje się w polskim pielęgniarstwie, to korzystny, etap przechodzenia z pielęgniarstwa tradycyjnego do pielęgniarstwa nowoczesnego. Warto też podkreślić, że zawód ten coraz częściej wybierany jest przez mężczyzn.

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu
dr n. med. Ewa Czeczelewska prof. Uczelni

Akademia Nauk Stosowanych Mazovia w Siedlcach, posiada w swojej ofercie studia licencjackie dla kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo oraz jednolite studia magisterskie na kierunku fizjoterapia. Jeśli chcesz mieć zawód z pasją, lubisz pracę z ludźmi, poszukujesz stabilnej i dobrze płatnej pracy lub chcesz zmienić zawód to zapraszamy.

Kierunki medyczne w ofercie ANS MAZOVIA

studia I stopnia
PIELĘGNIARSTWO
(studia pomostowe)
(tryb weekendowy)
(tryb dzienny)

studia
II stopnia
PIELĘGNIARSTWO

studia I stopnia
POŁOŻNICTWO
(studia pomostowe)
(tryb weekendowy)
(tryb dzienny)

jednolite
studia magisterskie
FIZJOTERAPIA

AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH MAZOVIA

PIELĘGNIARSTWO, POŁOŻNICTWO, FIZJOTERAPIA

FINANSE I RACHUNKOWOŚĆ, EKONOMIA

BUDOWNICTWO

25 633 30 32

ul. Sokołowska 161
08-110 Siedlce

Filia w Otwocku:
ul. Armii Krajowej 13
05-400 Otwock

ZESKANUJ KOD

CENTRUM®
Medyczno-Diagnostyczne

MEDYCZNA **INFOLINIA**

Call Center:
25 633 35 55

centrum.med.pl | centrum_md | CentrumMD

www.centrum.med.pl

Nasze placówki

Przychodnia Zdrowia nr 1 w Siedlcach
ul. Ks. Niedziałka 14

Centrum Matki i Dziecka w Siedlcach
ul. Kleeberga 2

Przychodnia Zdrowia nr 5 w Siedlcach
ul. Romanówka 19

Przychodnia Zdrowia nr 6 w Siedlcach
ul. Terespolska 12

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne w Siedlcach
ul. Kleeberga 2

Poradnia Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień w Siedlcach
ul. Sokołowska 161

Przychodnia Zdrowia Centrum w Mińsku Mazowieckim
ul. Piłsudskiego 42A

Przychodnia Dąbrówka w Mińsku Mazowieckim
ul. Dąbrówki 52

Przychodnia Zdrowia w Łukowie
ul. Międzyrzecka 66

Przychodnia Zdrowia w Aleksandrowie
Aleksandrów 43B

Przychodnia Zdrowia w Seroczynie
ul. Siedlecka 3

Przychodnia Zdrowia w Oleśnicy
Oleśnica 132

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Oleśnicy
Oleśnica 132

Przychodnia Zdrowia w Domanicach
Domanice Kolonia 17

Przychodnia Zdrowia w Latowiczu
ul. Św. Ducha 30

Przychodnia Zdrowia w Wielgolesie
ul. Nowowiejska 34

Przychodnia Zdrowia w Hołubli
ul. Siedlecka 68

Przychodnia Zdrowia w Bielanach
ul. Siedlecka 6a

Przychodnia Zdrowia w Dębem Wielkim
ul. Szkolna 17

Przychodnia Zdrowia w Ceranowie
Ceranów 25

Przychodnia Zdrowia w Garwolinie
ul. Korczaka 35

Przychodnia Zdrowia w Nurze
ul. Drohiczyńska 8

Przychodnia Zdrowia w Sterdyni
ul. Lipowa 1a

Przychodnia Zdrowia w Strachówce
ul. Norwida 7

Przychodnia Zdrowia w Stanisławowie
ul. Szkolna 6

Przychodnia Zdrowia w Pustelniku
ul. Szkolna 16

Przychodnia Zdrowia w Andrzejewie
ul. Srebińska 10

Przychodnia Zdrowia w Żelechowie
ul. Piłsudskiego 34

Przychodnia Zdrowia w Wierzbnie
Wierzbno 88

Przychodnia Zdrowia w Krynce
Krynka 1C

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krynce
Krynka 1C

Przychodnia Zdrowia w Poświętnem
ul. Szkolna 4

Przychodnia Zdrowia w Szulborzu Wielkim
ul. Romantyczna 2

Przychodnia Zdrowia w Warszawie
ul. Narbutta 29

Przychodnia Zdrowia w Tłuszczu
ul. Powstańców 27

Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży w Mińsku Mazowieckim
ul. Olsztyńska 2

Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży w Siedlcach
ul. Sokołowska 161

Ośrodek Pomocy Zdrowiu w Warszawie
ul. Bellottiego 1

Przychodnia Zdrowia w Nowym Opolu
ul. Spacerowa 1A

Przychodnia Zdrowia w Józefowie
ul. Armii Krajowej 5

Przychodnia Zdrowia w Otwocku
ul. Świderska 9/11

DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ

- Siedlce, ul. Kleeberga 2
- Mińsk Mazowiecki, ul. Olsztyńska 2
- Oleśnica, Oleśnica 132
- Strachówka, ul. Norwida 6
- Nur, ul. Łomżyńska
- Bielany, ul. Podlaska 10
- Hołubla, ul. Siedlecka 68
- Józefów, ul. Armii Krajowej 5

NOWE PLACÓWKI

Dom Seniora
w Hołubli
ul. Siedlecka 68

Przychodnia Zdrowia
w Przesmykach
ul. 11 Listopada 13

PROWADZIMY ZAPISY DO LEKARZA RODZINNEGO