

Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

9-10/2025



**Nowe definicje:
pielęgniarstwa
pielęgniarki**

**Wykaz konsultantów
krajowych
i wojewódzkich
w dziedzinach
pielęgniarstwa
i położnictwa**

**Wywiad
z Beatą Barwińską
– Konsultantem
Wojewódzkim
w dziedzinie
Pielęgniarstwa
Ratunkowego**

**Pielęgniarki
i położne z pasją:
Anna Janota**

**Październik
– miesiąc
świadomości
raka piersi**

BEZPŁATNE SZKOLENIA

15 328

pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych

- ✓ kursy kwalifikacyjne
- ✓ kursy specjalistyczne
- ✓ kursy doszkalcające
- ✓ kurs uzupełniający z zakresu pielęgniarstwa dla położnych
- ✓ dedykowana platforma e-learningowa
- ✓ podręczniki szkoleniowe do każdego kursu

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych realizuje projekt „**Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce**”, nr FERS.01.12-IP.07-0001/25

Projekt jest realizowany w ramach programu **Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027**, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Wartość projektu: 80 066 206,00 zł, w tym wkład Funduszy Europejskich: 66 070 633,10 zł



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi
Mirosława Olejniczak

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Ewa Michalska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Jolanta Parafiniuk (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi
Bożena Pawłowska

Skarbnik ORPiP w Łodzi
Halina Gmaj-Budziarek

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Małgorzata Pniak
dyżuruje w II i IV wtorek miesiąca
w godz. 13.00–15.00
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
Edyta Ziemkiewicz
dyżuruje w I i III czwartek miesiąca
w godz. 15.00–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
poniedziałek – dzień bez interesantów
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl
– *przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym*

Konto bieżące OIPiP
Santander Bank Polska SA, ul. Sienkiewicza 24, 11 Oddział w Łodzi
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Prawo wykonywania zawodu
poniedziałek: dzień bez interesantów; wtorek: 10.00–17.45
środa, czwartek 8.00–15.45; piątek: dzień bez interesantów
tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe
wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00
tel. 42 639 92 62

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

Pośrednictwo pracy i dział socjalny
wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00
tel. 42 633 23 94

Radca prawny
wtorek: 11.00–17.00, środa: 11.00–15.00, czwartek: 11.00–15.00
tel. 42 633 71 06

W NUMERZE:

2 SERWIS INFORMACYJNY

Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Nowe definicje: pielęgniarstwa, pielęgniarki

Wykaz konsultantów krajowych i wojewódzkich w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa

Wywiad z Beatą Barwińską – Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego

10 TEMAT MIESIĄCA

Październik – miesiącem świadomości raka piersi

14 PRAKTYKA ZAWODOWA

Patologia odżywiania u ciężarnych

18 GŁOS ZE ŚRODOWISKA

Od sceptycyzmu do pasji. Moja droga do aromaterapii

Wyjazd integracyjny pracowników Instytutu CZMP

23 PODZIĘKOWANIA

24 POŻEGNANIA

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34
tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
Redaktor Naczelny: Joanna Gąsiorowska
Bank Zdjęć Photogenica
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.
ISSN: 1640-7679
Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych
Nakład: 3700 egzemplarzy
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

**XIX posiedzenie ORPiP VIII Kadencji
w dniu 16 września 2025 r.**

- Podjęto uchwały i decyzje i związane z działalnością OIPIP w Łodzi w sprawie:
 - sfinansowania zakupu dostępu do zasobów platformy IBUK Libra dla członków OIPIP w Łodzi;
 - pokrycia kosztów organizacji szkolenia dla członków OIPIP „Nie daj się zaskoczyć. Jak reagować, gdy robi się niebezpiecznie? Techniki samoobrony, część II”;
 - umowy na obsługę informatyczną systemu obsługi płatności składek w OIPIP w Łodzi;
 - pokrycia kosztów szkolenia, zakwaterowania i dojazdu dla dziesięciu członków samorządu, przedstawicieli komisji problemowych działających przy OIPIP w Łodzi na konferencję pt. „Pielęgniarka i położna w podstawowej opiece zdrowotnej. Praktyka i rozwój zawodowy” organizowaną w dniach 14–15.11.2025 r. w Warszawie;
 - organizacji obchodów XXXV-lecia OIPIP w Łodzi;
 - pokrycia kosztów organizacji szkolenia dla członków OIPIP w Łodzi „Agresja w ochronie zdrowia – profilaktyka, aspekty prawne, przeciwdziałanie”;
 - sfinansowania kosztów szkolenia dla dwóch pracowników biura OIPIP w Łodzi w zakresie specjalista ds. kadr i płac;
 - pokrycia kosztów zakupu rocznej licencji na programy Adobe InDesign i Adobe Photoshop niezbędnych do realizacji zadań związanych z przygotowaniem i redakcją materiałów graficznych na potrzeby Biuletynu i Facebooka oraz Instagram;
 - pokrycia kosztów wyciszenia drzwi pokoju Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej;
 - zasad organizacji i zasad funkcjonowania biura oraz regulaminu pracy pracowników biura OIPIP w Łodzi;
 - sfinansowania wykonania projektu remontu biblioteki w siedzibie OIPIP w Łodzi;
 - zatrudnienia pracownika na zastępstwo;
 - pokrycia kosztów dostosowania siedziby OIPIP w Łodzi do prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych zawodowego do osób niepełnosprawnych w ramach projektu „Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce” w ramach Działania 01.12 Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027 (FERS) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, numer FERS.01.12-IP.07-0001/25.
 - odmowy przyznania zapomogi – 1 pielęgniarcze.
 - odmowy o przyznanie refinansowania pobytu rehabilitacyjnego – 1 pielęgniarcze.

- wniosku firmy Edukacja i medycyna Sp. z o.o. z Warszawy o objęcie patronatem honorowym OIPIP w Łodzi szkolenia dla pielęgniarek i położnych z terenu działania OIPIP w Łodzi w dniu 16 maja 2026 r. w siedzibie OIPIP w Łodzi przy ul. E. Plater 34.
- sprawie rozpatrzenia wniosku Marka Kamińskiego – Przewodniczącego Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi – o zorganizowaniu i dofinansowaniu z budżetu OIPIP w Łodzi wspólnej konferencji naukowo-szkoleniowej dla pielęgniarek i położnych pt. „Podmiot etyczny w pielęgniarstwie i położnictwie”, która odbędzie się 5 listopada 2025 r. oraz objęcie patronatem honorowym i użyciem logo OIPIP w Łodzi w materiałach konferencyjnych.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza oraz zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru – 105 pielęgniarkom i 24 pielęgniarszom, 3 położnym.
- Dokonano wykreślenia z rejestru pielęgniarek/położnych – 2 pielęgniarki, 1 położną.
- Skierowano na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- Zatwierdzono zmiany do planu szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi w roku 2025.
- Zatwierdzono składy osobowe komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych dla kursów i szkoleń dla pielęgniarek i położnych, realizowanych na podstawie umowy z Ministrem Zdrowia ze środków publicznych.
- Podjęto decyzję w sprawie przyznania honorarium dla autorów artykułów publikowanych w Biuletynie nr 7–8/2025.
- Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do pracy w komisjach konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych.

**XXXVII posiedzenia PORPiP VIII Kadencji
w dniu 30 września 2025 r.**

- Podjęto decyzje i uchwały związane z działalnością OIPIP w Łodzi w sprawie:
 - pokrycia kosztów organizacji szkolenia dla członków OIPIP w Łodzi „Agresja w ochronie zdrowia – profilaktyka, aspekty prawne, przeciwdziałanie”.
 - Zatwierdzono Politykę Rachunkowości OIPIP w Łodzi.
 - Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza oraz zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru – 13 pielęgniarkom i 4 położnym.

- Przyznano prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na czas określony i wpisano do rejestru – 1 pielęgniarcze.
- Dokonano wykreślenia z rejestru pielęgniarek/położnych – 2 pielęgniarki, 1 pielęgniarsza i 1 położną.
- Przyznano członkom OIPIP w Łodzi – 9 zapomóg losowych.
- Odmówiono przyznania zapomogi ze względów regulaminowych – 3 członków.
- Przyznano refinansowanie pobytu rehabilitacyjnego – 17 członkom.
- Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych – 13 członkom.
- Odmówiono przyznania dofinansowania ze względów regulaminowych – 2 członkom.
- Wyrażono zgodę na rozłożenie na raty spłaty zaległości w opłacanych składkach – 5 członkom.
- Wyrażono zgodę na zwrot nienależnie opłaconych składek członkowskich na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – 1 członkowi.

- Powołano składy komisji egzaminacyjnych dla kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi.
- Zatwierdzono kadrę dydaktyczną dla szkolenia specjalistycznego realizowanego na podstawie umowy z Ministrem Zdrowia.
- Rozpatrzone wnioski w Okręgowej Radzie Aptekarskiej w Łodzi o objęcie patronatem honorowym Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi konferencji „Współczesna medycyna i farmacja razem dla pacjenta” w dniu 21 października 2025 r. na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przy ul. Muszyńskiego 1.
- Wytypowano przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi do składu komisji egzaminacyjnej u organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

oprac. Bożena Pawłowska
Sekretarz ORPiP



Szpital MSWiA w Łodzi poszukuje pielęgniarek i pielęgniarszy

Zapraszamy do dołączenia do naszego zespołu profesjonalistów w Szpitalu MSWiA w Łodzi. Obecnie prowadzimy rekrutację na stanowiska pielęgniarskie w oddziałach:

- Intensywnej Terapii i Anestezjologii
- Chirurgii Naczyniowej i Angiologii
- Ortopedyczno-Urazowym
- Chorób Wewnętrznych i Kardiologii

Oferujemy:

- atrakcyjne warunki zatrudnienia oraz konkurencyjne stawki
- możliwość rozwoju zawodowego i ponoszenia kwalifikacji
- pracę w szpitalu o ugruntowanej pozycji i dużych perspektywach rozwoju
- współpracę w doświadczonym i przyjaznym zespole

Jeśli jesteś zainteresowana/zainteresowany, przyjdź, zobacz, porozmawiamy. Razem rozważymy każdą formę zatrudnienia, dopasowaną do możliwości i potrzeb obu stron.

Szukasz miejsca, w którym Twoje umiejętności i zaangażowanie zostaną docenione, a praca będzie dawała satysfakcję i możliwość rozwoju – dołącz do nas!

Dokumenty aplikacyjne prosimy przysyłać na adres: dyrekcja@zozmswloz.pl



POLSKIE TOWARZYSTWO PIEŁĘGNIARSKIE
ZARZĄD GŁÓWNY
01-842 WARSZAWA, Al. Reymonta 8 / 12
POLISH NURSES ASSOCIATION - GENERAL COUNCIL

W czerwcu 2025 r. w Helsinkach podczas posiedzenia Międzynarodowej Rady Pielęgniarek ICN została przyjęta nowa definicja pielęgniarstwa i pielęgniarki. W Polsce zostały przeprowadzone prace nad walidacją kulturową tych definicji. Proces walidacji został przeprowadzony w oparciu o opinie ekspertów: przedstawicieli Rady Naukowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Zespołu Ekspertów w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Eksperci dokonali analizy dwóch niezależnych tłumaczeń definicji przygotowanych przez tłumaczy przysięgłych – jedno opracowane przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, drugie przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. W wyniku konsultacji i spotkań wypracowano wspólne, zgodne z ICN zwalidowane definicję pielęgniarstwa i pielęgniarki, które prezentujemy poniżej (źródło: www.ptp.zg.pl)

Definicja „pielęgniarstwa”

Pielęgniarstwo to zawód, którego celem jest ochrona praw każdego człowieka do korzystania z możliwie najwyższego poziomu zdrowia. Cel ten jest realizowany poprzez zaangażowanie w zapewnienie opieki zdrowotnej, skoncentrowanej na człowieku uwzględniającej kulturowo, bezpiecznej i opartej na wzajemnej współpracy. Pielęgniarstwo podejmuje działania na rzecz równego dostępu ludzi do zdrowia i opieki zdrowotnej oraz bezpiecznego i zrównoważonego środowiska. Praktyka pielęgniarstwa odzwierciedla filozofię i wartości zawodu, zapewniając profesjonalną opiekę w najbardziej osobistych aspektach życia człowieka związanych ze zdrowiem. Pielęgniarstwo promuje zdrowie, zapewnia bezpieczeństwo i ciągłość opieki oraz zarządza organizacjami i systemami opieki zdrowotnej. Praktyka pielęgniarstwa jest oparta na unikalnym połączeniu wiedzy naukowej, umiejętności technicznych, relacji terapeutycznych i standardów etycznych. Pielęgniarstwo opiera się na współczuciu, trosce o sprawiedliwość społeczną i dążeniu do lepszej przyszłości dla całej ludzkości.

Definicja pielęgniarstwa według Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (White et al., 2025), w tłumaczeniu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (PTP i NRPIP, 2025).
White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., Stewart, D., (2025). Renewing the Definitions of 'nursing' and 'a nurse'. Final project report, June 2025. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_EN_Web_o.pdf

Definicja „pielęgniarki”

Pielęgniarka to profesjonalistka posiadająca wykształcenie w zakresie wiedzy naukowej, umiejętności i filozofii pielęgniarstwa. Praktyka pielęgniarki podlega regulacjom prawnym i jest oparta na obowiązujących standardach i kodeksach etycznych. Pielęgniarki zwiększają świadomość zdrowotną, promują zdrowie, zapobiegają chorobom, zapewniają bezpieczeństwo, łagodzą cierpienie, ułatwiają powrót do zdrowia i adaptację oraz dbają o godność człowieka przez całe życie oraz u jego kresu. Pracują autonomicznie i we współpracy w różnych środowiskach, w celu poprawy stanu zdrowia poprzez rzecznictwo, podejmowanie decyzji opartych na dowodach naukowych oraz budowanie kulturowo bezpiecznych relacji terapeutycznych. Pielęgniarki zapewniają zorientowaną na człowieka, pełną współczucia, opiekę kliniczną i społeczną, zarządzają usługami, usprawniają systemy opieki zdrowotnej, dążą do poprawy zdrowia publicznego oraz promują bezpieczne i zrównoważone środowisko.

Pielęgniarki pełnią funkcje liderów, edukują, prowadzą badania, wdrażają innowacje i kształtują politykę w celu poprawy wyników zdrowotnych. Ponadto odgrywają wyjątkową rolę w opiece zdrowotnej nad populacjami w każdym wieku i środowisku, budują zaufanie jednostek, rodzin i społeczności zdobywając cenne informacje na temat doświadczeń ludzi w zakresie zdrowia i choroby. Opierając się na spersonalizowanej opiece, pielęgniarki rozwijają swoje kompetencje poprzez ustawiczną edukację, badania naukowe i wdrażanie najlepszych praktyk. Zakres praktyki pielęgniarki zależy od poziomu wykształcenia, uzyskanych uprawnień, doświadczenia oraz obowiązujących standardów zawodowych.

Pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w koordynowaniu, nadzorowaniu i delegowaniu zadań osobom, które uczestniczą w zapewnieniu opieki zdrowotnej. Pracując często na pierwszej linii działań, reagują w sytuacjach kryzysowych, wykazując się odwagą, poświęceniem, zdolnością adaptacji i zaangażowania na rzecz zdrowia człowieka i całych społeczności.

Definicja pielęgniarki według Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (White et al., 2025), w tłumaczeniu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (PTP i NRPIP, 2025).
White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., Stewart, D., (2025). Renewing the Definitions of 'nursing' and 'a nurse'. Final project report, June 2025. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_EN_Web_o.pdf

Wykaz konsultantów krajowych i wojewódzkich w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa

Dziedzina pielęgniarstwa	Konsultant krajowy	Konsultant wojewódzki
Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki	dr n. med. Małgorzata Knap WSS im. św. Rafała w Czerwonej Górze, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny tel. 509 478 604 malgorzataknap.konsultant@gmail.com	mgr spec Małgorzata Pniak SSW im. M. Kopernika w Piotrkowie Tryb. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii konsultant.piel.aiiom@g mail.com
Pielęgniarstwo epidemiologiczne	dr n. med. Anna Szczypka Szpital Zakonu Bonifratrów Św. Jana Grandego w Krakowie ul. Trynitarzka 11, 31-061 Kraków tel. 12 379 71 66 infoepid@interia.pl	mgr spec Ilona Olczyk WSS im. dr. W. Biegańskiego Sekcja Zakażeń Szpitalnych tel. 42 251 60 59 olczyki@onet.eu
Pielęgniarstwo geriatryczne	dr n. med. Ewa Kądalska Klinika i Poliklinika Geriatrii Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa tel. 22 670 91 66 ewa.kadalska@gmail.com	dr hab. n. o zdrowiu prof. nadzw. Ewa Borowiak Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu UM w Łodzi ul. S. Jaracza 63, 90-251 Łódź tel. 42 272 59 71 ewa_borowiak@wp.pl
Pielęgniarstwo chirurgiczne i operacyjne	dr hab. n. med. Regina Sierżanowicz Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Wydział Nauk o Zdrowiu UM w Białymstoku ul. Szpitalna 37, 15-295 Białystok tel. 85 686 50 78 renatasierz@wp.pl	mgr spec Iwona Żurecka-Sobczak SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 UM w Łodzi, Klinika Neurochirurgii Blok Operacyjny tel. 42 639 35 55 sobczak.iwona@interia.pl
Pielęgniarstwo internistyczne	dr n. med. Robert Jan Łuczyk Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego UM w Lublinie tel. 81 448 77 20 luczykrobert@op.pl	mgr spec Violetta Tylki Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Pirogowa w Łodzi tel. 42 636 76 11 violettatylki@wp.pl
Pielęgniarstwo ginekologiczne i położnicze	dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus Katedra i Zakład Rozwoju Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie ul. Staszica 4-6, 20-081 Lublin tel. 81 448 68 40; 603 234 560 grazyna.iwanowicz-palus@umlub.pl	dr n. med. i n. o zdr. Jolanta Parafiniuk Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki Blok Porodowy tel. 42 271 10 64 jolanta.parafiniuk@interia.pl

Pielęgniarstwo onkologiczne	dr n. med. Małgorzata Pasek Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie; ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów tel. 691 524 492; malgorzata_pasek@wp.pl	mgr spec. Agnieszka Dubieńska Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, Ośrodek Onkologii tel. 42 689 50 50 a.dubienska@kopernik.lodz.pl
Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	dr hab. n. med. Marcin Wiśniewski mwisniewski4321@gmail.com	mgr spec. Karolina Wojtysiak Szpital Wojewódzki w Sieradzu, Oddział Medycyny Paliatywnej Ośrodek Hospicyjno-Paliatywny tel. 43 827 83 99; 43 827 73 07 karolinawojt@o2.pl
Pielęgniarstwo rodzinne	dr n. o zdr. Mariola Joanna Pietrzak Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych ul. Ciołka 27, 01-445 Warszawa tel. 22 877 35 97 mariola.pietrzak@wum.edu.pl	mgr spec. Marzena Kłoszewska Miejskie Centrum Medyczne im. dr K. Jonschera w Łodzi Przychodnia Lecznicza tel. 42 684 63 37 gabi333@o2.pl
Pielęgniarstwo opieki długoterminowej	mgr spec. Agnieszka Urbańska UM w Łodzi Zakład Pielęgniarstwa Zachowawczego ul. S. Jaracza 63, 90-261 Łódź tel. 668 144 363 agnieszka.urbanska@umed.lodz.pl	mgr spec. Aleksandra Kubicz Centrum Medyczne AGAMED tel. 44 788 48 11, 608 065 474 kubicz.aleksandra@gmail.com
Pielęgniarstwo pediatryczne	dr n. o zdr. Urszula Chrzanowska Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny ul. Waszyngtona 17, 15-274 Białystok tel. 85 745 07 13 urszula.chrzanowska@umb.edu.pl	mgr spec. Joanna Starzec SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzi, Uniwersyteckie Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej w Łodzi, Klinika Pediatrii, Patologii Noworodka i Chorób Metabolicznych Kości tel. 42 617 77 17 joanna_starzec@wp.pl
Pielęgniarstwo psychiatryczne	dr n. med. Nadzieja Sołowiej Samodzielny Publiczny Psychiatryczny ZOZ Plac Brodowicza 1, 16-070 Choroszcz tel. 85 719 10 91 nadziejasolowiej@gmail.com	mgr spec. Iwona Pawiluniec Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi Oddział F i.pawiluniec@interia.pl 42 715 59
Pielęgniarstwo ratunkowe	dr n. med. Anna Małecka-Dubiela ul. Częstochowska 11/3, 80-180 Gdańsk tel. 663 906 046 anna.malecka@gumed.edu.pl	dr n. med. Beata Barwińska Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi b_barwinska@poczta.onet.pl

stan: październik 2025 r.; źródło: www.mz.gov.pl



Dr n. med. Beata Barwińska w sierpniu 2025 r. objęła stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego. Nominację wręczyła Pani Dorota Ryl, Wojewoda Łódzki. Do pełnienia funkcji konsultanta rekomendacji Pani Beacie Barwińskiej udzieliła Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. To zaszczytne wyróżnienie jest dowodem uznania dla jej wieloletniego zaangażowania i wkładu w rozwój tej kluczowej dziedziny medycyny.

Beata Barwińska ukończyła Liceum Medyczne Nr 1 w Łodzi w 1988 r. Zaraz po szkole podjęła pracę jako pielęgniarka odcinkowa w oddziale chorób wewnętrznych w Łagiewnikach, a od 1991 r. zdecydowała się rozpocząć pracę w Pogotowiu Ratunkowym. W latach 2004–2010 studiowała na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi – Wydział Nauk o Zdrowiu, Kierunek Pielęgniarstwo, gdzie uzyskała tytuł magistra pielęgniarstwa z przygotowaniem pedagogicznym. Nieustannie poszerzała swoją wiedzę, ukończyła wiele kursów, szkoleń i uczestniczyła w wielu konferencjach naukowo-szkoleniowych. Pracując zawodowo ukończyła

Beata Barwińska

Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego

specjalizacje w dziedzinie: pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, następnie ratunkowego, oraz rodzinnego. Dzięki swojej ambicji i determinacji w 2018 r. osiągnęła stopień doktora nauk medycznych na Uniwersytecie Medycznym – Wydział Lekarski w Łodzi („Medyczne, prawne i etyczne aspekty podejmowania resuscytacji u chorych na nowotwór”).

Obecnie pracuje jako adiunkt na Kierunku Pielęgniarstwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, gdzie w latach 2019–2021 pełniła również funkcję dziekana. Ponad to od 2024 r. pełni funkcję kierownika Szkoły Ratownictwa Medycznego w Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego (WSRM) w Łodzi. Od 34 lat pielęgniarka zespołu wyjazdowego, wspólnie z mężem – ratownikiem medycznym pełniąc dyżury w karetce pogotowia. Od 2008 r. – kierownik Zespołu Ratownictwa Medycznego. W latach 2010–2014 pracująca na stanowisku nauczyciela przedmiotów (ratownictwo medyczne, pediatria, choroby wewnętrzne, patologia i zagadnienia kliniczne) w Centrum Kształcenia Ustawicznego Samorządu Województwa Łódzkiego (CKU SWŁ) w Łodzi. Członek Komisji Bioetycznej przy UM w Łodzi.

Biegły sądowy „ad hoc” w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz ratownictwa medycznego (kadencja 2015–2020). Uhonorowana odznaką Ministra Zdrowia Andrzeja Niedzielskiego *Za zasługi dla ochrony zdrowia* w 2020 r. Odznaka została przyznana za szczególne zaangażowanie w służbie na rzecz pacjentów zarażonych COVID-19 oraz nienaganną pracę w resorcie zdrowia. Beata Barwińska w okresie pandemii pracowała na „pierwszej linii frontu” w bezpośrednim kontakcie, ratując nieprzerwanie życie ludzkie. Jest mentorem wielu młodych pokoleń, zarówno pielęgniarek jak i ratowników medycznych.

Beata Barwińska nieustannie dąży do podnoszenia standardów opieki medycznej, a jej praca ma bezpośredni wpływ na poprawę jakości usług świadczonych w sytuacjach nagłych. Jej zaangażowanie w edukację i szkolenie kolejnych pokoleń pielęgniarek i ratowników medycznych, będąc wielkim i uznanym autorytetem, przyczynia się do podnoszenia poziomu bezpieczeństwa pacjentów.

– **Jakie problemy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego dostrzega Pani obecnie w regionie Łódzkim?**

– Obserwując z pozycji pielęgniarki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM), pracującej w Zespole Ratownictwa Medycznego (ZRM) w Łodzi, organizację pracy personelu medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR), mogę stwierdzić z całą pewnością, że system organizacji pracy szwankuje. Często kilkugodzinne oczekiwanie chorych na wykonanie badań diagnostycznych, ustalenie rozpoznania oraz wdrożenie leczenia przyczynowego choroby, która spowodowała wizytę pacjenta w SOR, w mojej ocenie, można by skrócić. Jak się wydaje – jedną z metod poprawy jakości usług w SOR mogło by być wykorzystanie potencjału pielęgniarek ratunkowych. Specjalistom w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz anestezjologicznego i intensywnej opieki można powierzyć, poza segregacją medyczną i realizacją zleceń lekarskich, przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego przyjętego pacjenta. Takie działania powinny skutkować ustaleniem wstępnego rozpoznania ratowniczego, możliwością kierowania pacjenta na badania diagnostyczne oraz rozpoczęcia adekwatnej farmakoterapii w zakresie zgodnym ze stosownym aktem prawnym. Pielęgniarki zatem mogłyby wykorzystać potencjał zdobyty w trakcie szkolenia specjalizacyjnego i doskonalić umiejętności badania pacjenta, stawiania diagnozy oraz podejmowania decyzji o dalszym postępowaniu z chorym. Obecnie pielęgniarstwo ratunkowe to w dużej mierze niewykorzystana dziedzina pielęgniarstwa, marnowany potencjał ludzki, niepotrzebnie wydłużany czas oczekiwania na kontakt pacjenta z lekarzem SOR. Według mnie pielęgniarstwo ratunkowe zyskuje prawdziwe oblicze dopiero w karetkce, na stanowisku kierownika zespołu ratownictwa medycznego. Ta praca zmusza i mobilizuje pielęgniarki ratunkowe do ciągłego podnoszenia kwalifikacji, rozwijania oraz kształtowania kolejnych umiejętności, ponieważ tylko i wyłącznie ciągły rozwój pozwala na zapewnienie pielęgniarkom/pielęgniarzom systemu PRM odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa zawodowego. Innym problemem wielu pielęgniarek systemu PRM jest nieadekwatne ich wynagradzanie. Nadal są podmioty ochrony zdrowia, które nie wynagradzają pielęgniarek systemu PRM zgodnie z obowiązującą w ochronie zdrowia siatką płac. Jest to przykre, ponieważ praca na stanowisku kierownika ZRM jest szczególnie wymagająca, wymusza samodzielne podejmowanie decyzji terapeutycznych, wdrażanie skomplikowanych i ryzykownych procedur medycznych, tj. kardiowersja elektryczna, odbarczenie odmy, czy przyjęcie porodu w warunkach przedszpitalnych. Dlatego pielęgniarki i pielęgniarze systemu PRM zajmujący stanowiska kierowników zespołów RM otrzymują wynagrodzenie zasadnicze niższe niż personel pielęgniarski zatrudniony w SOR i pracujący na zlecenie lekarza.

– **Które z tych problemów są priorytetowe dla Pani jako dla Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego?**

– Właśnie przedstawione powyżej problemy. Bardzo istotne jest adekwatne wykorzystanie potencjału specjalisty w dzie-

Jako nowo powołany konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego chciałabym zachęcić personel pielęgniarski, który uzyskał tytuł specjalisty w tej dziedzinie do podjęcia nowych wyzwań w zespołach ratownictwa medycznego.

dzinie pielęgniarstwa ratunkowego zgodnie z kompetencjami zawodowymi. Od wielu lat, jako nauczyciel akademicki, uczę personel pielęgniarski badania pacjenta; niestety wiem, że wiedza przekazywana przeze mnie nie jest w pełni wykorzystywana; nie są doskonałe umiejętności badania pacjenta, ponieważ personel pielęgniarski poza karetką pogotowia badań nie wykonuje. Od lat odnoszę wrażenie, że wywiad i badanie fizykalne jest przedmiotem-widmem. Owszem budzi duże zainteresowanie w środowisku pielęgniarskim, ale przygoda z badaniem kończy się po uzyskaniu zaświadczenia o ukończonym kursie. Chciałabym mieć wpływ na praktyczne wykorzystanie tego potencjału. Oczywiście, konsultant to – w mojej ocenie – osoba, która powinna reprezentować również interesy pielęgniarzy i pielęgniarek ratunkowych pod względem promowania kompetencji i idącego za tym odpowiedniego wynagrodzenia.

– **Jak Pani ocenia przygotowanie adeptów pielęgniarstwa do zawodu w tej specjalności?**

– Jako nauczyciel akademicki na kierunku pielęgniarstwo od kilkunastu lat nauczam przedmiotu obecnie zwanego Podstawami Ratownictwa Medycznego. Moim celem jest między innymi zainteresowanie studenta tą dziedziną pielęgniarstwa. W trakcie zajęć dydaktycznych dzielę się wiedzą teoretyczną oraz praktyczną, którą uzyskałam w trakcie pracy w zespole ratownictwa medycznego. Studenci wielokrotnie podkreślali, że zajęcia są niezwykle interesujące, ale większość z nich w przyszłości nie będzie chciała obejmować tak ryzykownego stanowiska pracy, jakim jest kierownik zespołu ratownictwa medycznego. Młodzi ludzie doskonale potrafią ocenić i ważyć ryzyko z możliwym do uzyskania wynagrodzeniem na tym stanowisku. Twierdzą, że aby podejmować tak ryzykowne decyzje muszą otrzymać rekompensatę w postaci wynagrodzenia wyższego niż w SOR, a w chwili obecnej jest odwrotnie. Zatem nasuwa się pytanie: kiedy odejdą w sposób naturalny pielęgniarki, pielęgniarze ratunkowi zatrudnieni w karetkach.

Niestety, jesteśmy – jako środowisko – na najlepszej drodze do tej zawodowej zagłady w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego. Zresztą, stosunek liczby specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego do pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki mówi za siebie. Nie wiele osób wybiera pracę na stanowisku pielęgniarki ratunkowej.

– **Czy w Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego (WSRM) jest miejsce dla pielęgniarek systemu PRM w takim samym zakresie jak w przypadku ratowników medycznych?**

– WSRM w Łodzi jest jedną z jednostek systemu PRM, która zatrudnia pielęgniarki, w tym kobiety. Tutaj nie ma ograniczeń w odniesieniu do zawodu, nie preferuje się bardziej pielęgniarek czy ratowników medycznych. Dyrekcja i kierownictwo WSRM w Łodzi pożąda kompetentnego personelu, umożliwia mu rozwój zawodowy oraz podnoszenie kwalifikacji w Szkole Ratownictwa Medycznego (WSRM) w Łodzi, którą kieruję niemalże od roku. W WSRM w Łodzi pracuje obecnie ponad 90 pielęgniarek/pielęgniarzy, którzy spełniają kryteria pielęgniarki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Wiele z tych osób jest ratownikami medycznymi, którzy w ostatnich latach ukończyli dodatkowo kierunek pielęgniarstwo. Trudno do zespołu ratownictwa medycznego dołączyć pielęgniarkę, która pracowała wcześniej w SOR. W ZRM można liczyć tylko na siebie, swoją wiedzę i umiejętności oraz na wsparcie kolegi czy koleżanki z zespołu. Nie ma lekarza, który da zlecenie i będzie odpowiadać za swoje decyzje. Jednakże dla niektórych osób wykonujących zawód pielęgniarski jest to wyzwanie, z którym chcą się mierzyć. Dlatego też zapraszamy do WSRM w Łodzi ambitnych i chcących się rozwijać kandydatów do pracy w zespołach.

– **W Polsce model Zaawansowanej Praktyki (APN) jest w fazie rozwoju. Jak Pani postrzega model APN w pielęgniarstwie ratunkowym?**

Karetkka pogotowia to miejsce, które pozwala „rozwinąć skrzydła”, uczy samodzielności i zaradności w różnych, czasem nieoczekiwanych sytuacjach. To w zespołach ratownictwa medycznego można w pełni poczuć się specjalistą w tej dziedzinie.

– Model Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej mógłby według mnie być z powodzeniem wdrożony w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego. Oczywiście, potrzeba czasu na jego wdrożenie, jak również chętnych do pracy w tej specjalności i w tym modelu, który poprawia wykorzystanie kompetencji zawodowych nabytych w toku szkolenia specjalizacyjnego. Model ten mógłby wyłonić specjalistów praktyków, a nie – jak obecnie – praktyków w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego z tzw. ograniczoną odpowiedzialnością, ponieważ w SOR to lekarz decyduje o leczeniu i postępowaniu z pacjentem. Model APN mógłby powołać do życia zawodowego elitę wysoko cenionych praktyków cechujących się wiedzą na ponadprzeciętnym poziomie, samodzielnością w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, a co za tym idzie adekwatnie wynagradzanych.

– **Na jakim etapie znajduje się projekt pilotażowy zmian kompetencyjnych dla pielęgniarek uznany za priorytetowy w działaniach na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych?**

– W dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, jak i w ratownictwie medycznym, postępują prace mające na celu zwiększenie kompetencji zawodowych. Na przykład jeszcze na początku roku 2022 pielęgniarki i pielęgniarze systemu PRM nie mogli stwierdzać zgonu. Obecnie mamy tego rodzaju uprawnienia w momencie odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych w wypadku nieskutecznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Nową kompetencją, która powoli się urzeczywistnia, jest możliwość wykonywania ultrasonografii ratunkowej. Mam przede wszystkim nadzieję, że poza wymienionymi przykładami nowych kompetencji, pielęgniarka systemu PRM wkrótce uzyska możliwość wykorzystania swojej wiedzy i doświadczenia poza karetką. Niestety, obecnie kompetencje pielęgniarki systemu PRM wykorzystywane w karetkce przestają istnieć poza nią, odmiennie niż wśród lekarzy systemu PRM i ratowników medycznych. Od tej zmiany należałoby zacząć.

– **Proszę o kilka słów, które – jako Konsultant – chciałaby Pani przekazać naszym koleżankom pielęgniarkom.**

Jako nowo powołany konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego chciałabym zachęcić personel pielęgniarski, który uzyskał tytuł specjalisty w tej dziedzinie do podjęcia nowych wyzwań w zespołach ratownictwa medycznego. Karetkka pogotowia to miejsce, które pozwala „rozwinąć skrzydła”, uczy samodzielności i zaradności w różnych, czasem nieoczekiwanych sytuacjach. To w zespołach ratownictwa medycznego (ZRM) można w pełni poczuć się specjalistą w tej dziedzinie, można oddać pacjentom to, do czego teoretycznie przygotował nas program tej specjalizacji.

– **Dziękuję za rozmowę. Życzę Pani dalszych sukcesów zawodowych i osobistych.**

– Dziękuję serdecznie.

Wywiad przeprowadziła mgr piel Elżbieta Janiszewska przewodnicząca PTPAiIO Oddział w Łodzi



Październik Miesiącem Świadomości Raka Piersi

mimo że właśnie wtedy badanie to jest najbardziej zalecane. Duże obawy budzi też stan profilaktyki wśród młodych kobiet – kobiety do 24 roku życia rzadziej wykonują badania piersi – aż 46 proc. nie realizuje samobadania, a 61 proc. nie poddaje się USG piersi. To wskazuje na to, jak duże są jeszcze braki w świadomości i jak istotna pozostaje rola edukacji zdrowotnej. A przecież profilaktyka ratuje nam życie. Akcja „Różowa Sobota” promuje regularne badania przesiewowe (samobadanie piersi co miesiąc, mammografia i/lub USG piersi co 1–2 lata, zgodnie z zaleceniami), które są bardzo istotne w wykrywaniu raka piersi w początkowych stadiach, zwiększając szanse na skuteczne leczenie. 39 proc. Polek wskazuje ginekologa jako główne źródło wiedzy o profilaktyce raka piersi, a 2 proc. korzysta z portali internetowych. Młodsze kobiety częściej sięgają po media społecznościowe, kampanie edukacyjne i webinary. Alarmujące jest jednak to, że aż 20 proc. kobiet w ogóle nie poszukuje wiedzy na ten temat – to sygnał, że działania edukacyjne muszą docierać szerzej i skuteczniej.

Polki są otwarte na innowacyjne rozwiązania. 56 proc. kobiet pozytywnie ocenia pomysł spotkań na temat profilaktyki raka piersi w codziennie odwiedzanych miejscach – centrach handlowych, kawiarniach czy salonach kosmetycznych. Największą zachętą byłaby możliwość wykonania badań „od ręki” (wg 55 proc. badanych) lub szybszy dostęp do wizyt (34 proc.). Interesującą sugestią są też przypomnienia wysyłane przez aplikację mObywatel, co wskazuje na to, że kobiety chciałyby korzystać z bardziej dostępnej profilaktyki, bliższej i wpisanej w ich rytm życia.

Październik, Miesiąc Świadomości Raka Piersi, to nie tylko symboliczne różowe wstążki, ale także wezwanie do działania. Dlatego ważne jest ułatwienie dostępu do badań, skrócenie kolejek, edukacja wsparta autorytetem lekarzy, pielęgniarek, położnych i praktyczne kampanie. Potrzebne są też rozwiązania zwiększające zaangażowanie w profilaktykę na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej oraz medycyny pracy.

Pocieszające jest to, że obecnie terapie raka piersi stanowią najliczniejszą grupę refundacyjnych nowości – w sumie jest ich 7. Obejmują one zarówno schematy leczenia HER2-dodatniego, jak

i HER2-ujemnego raka piersi. Wśród nich znalazły się terapie stosowane u pacjentek we wczesnych stadiach choroby, jak i w przypadkach zaawansowanych czy przerzutowych. To ogromny krok naprzód. Od października chore z rakiem piersi HER2-dodatnim zyskują możliwość stosowania zarówno w zaawansowaniu miejscowym, jak i w chorobie przerzutowej innowacyjnej terapii podskórnej PHESGO zawierającej 2 terapie celowane anty-HER2: pertuzumab i trastuzumab Rekonstrukcyjnej NIO-PIB. Ta forma leczenia poprawi komfort terapii onkologicznej, ponieważ pozwoli ograniczyć liczbę iniekcji dożylnych, a tym samym ewentualnych powikłań. Ponadto skróci się zdecydowanie czas pobytu w ośrodku onkologicznym, a pacjent zyska cenny czas na rozmowę z lekarzem oraz ze swoimi bliskimi.

Arteterapia – leczenie poprzez sztukę

Choroby nowotworowe są przyczyną nie tylko znacznego cierpienia fizycznego, ale też stresu, obniżenia nastroju oraz innych trudności psychicznych dla samych chorych oraz członków ich rodzin. Już od momentu diagnozy, czy nawet podejrzenia nowotworu, pacjenci borykają się z negatywnymi emocjami, tj. poczucie zagrożenia, strach czy lęk przed śmiercią, bólem oraz skutkami ubocznymi leczenia. Chorzy tracą poczucie kontroli nad własnym życiem, obniża się ich samoocena, zaczynają izolować się od otoczenia, tracą zainteresowania, ogarnia ich poczucie beznadziei. W przypadku raka piersi, dochodzi do tego także utrata tożsamości płciowej i trudności z realizowaniem dotychczasowych ról społecznych: żony, matki czy babci. Dlatego tak ważna jest pomoc psychologiczna, m.in. arteterapia, czyli terapia poprzez sztukę.

Jednym z podstawowych celów arteterapii jest ujawnianie wypieranych lub tłumionych uczuć i emocji. Aktywność plastyczna umożliwia to drogą niewerbalną, co zazwyczaj przynosi znaczną ulgę. Arteterapia/terapia przez sztukę to forma psychoterapii wykorzystująca różne dziedziny sztuki (np. malarstwo, muzykę, taniec, teatr) do wyrażania ekspresji, rozwiązywania problemów i uzyskiwania wsparcia emocjonalnego. Proces twórczy pomaga w samoświadomości, redukcji stresu, rozwoju osobowości i poprawie samopoczucia. Metoda ta znajduje zastosowanie u osób w różnym wieku, od dzieci po seniorów, oraz w leczeniu różnych chorób, tj. zaburzenia psychiczne czy onkologiczne. Polega ona na wyrażaniu siebie, procesie twórczym, działaniu indywidualnym bądź grupowym. Dzięki temu osoba może lepiej zrozumieć siebie oraz naturę swoich problemów. To z kolei może prowadzić do pozytywnej trwałej zmiany w jego postrzeganiu siebie, w aktualnych relacjach oraz ogólnie rozumianej jakości życia. Osoby preferujące arteterapię nie muszą mieć zdolności artystycznych ani wcześniejszych doświadczeń. Kontekst psychoterapeutyczny, z właściwymi mu czynnikami leczącymi, stanowi podstawową różnicę między arteterapią a zajęciami plastycznymi czy terapią zajęciową. Głównym celem arteterapii jest umożliwienie dokonania zmiany, wzrostu, rozwoju osobistego poprzez stosowanie materiałów artystycznych w bezpiecznych i sprzy-

Październik to Miesiąc Świadomości Raka Piersi, dlatego jak co roku powraca temat zapobiegania tym nowotworom. Coraz więcej kobiet w Polsce zaczyna traktować profilaktykę raka piersi jako ważny element dbania o swoje zdrowie, a badania kontrolne stają się stałym ważnym punktem, naturalnym nawykiem w życiu.

Rak piersi to problem globalny, gdyż jest najczęstszym nowotworem złośliwym wśród kobiet. Na świecie rocznie wykrywa się około 1,7 miliona nowych przypadków raka piersi, a ponad 500 tysięcy kobiet umiera z jego powodu. W Polsce każdego roku rozpoznaje się około 18 500 nowych przypadków, a przeciętne ryzyko zachorowania w ciągu życia wynosi około 12 proc. – czyli u jednej na osiem kobiet. Rak piersi to choroba, którą w wielu wypadkach można wcześniej wykryć i skutecznie leczyć. Tymczasem w naszym kraju zbyt wiele kobiet trafia do lekarza w zaawansowanym stadium nowotworu.

Do najważniejszych czynników ryzyka raka piersi należą:

- wiek – ryzyko wzrasta po 50. roku życia,
- obciążenie rodzinne – mutacje genów BRCA1/BRCA2,

- czynniki hormonalne – wczesne rozpoczęcie miesiączkowania, późna menopauza, terapia hormonalna,
- styl życia – otyłość, niska aktywność fizyczna, spożywanie alkoholu.

W badaniu: „Polki a profilaktyka raka piersi – motywacje, bariery oraz opinie o zaangażowaniu marek w kwestie prozdrowotne” przeprowadzonym w maju 2025 roku przez Maison&Partners na zlecenie marki Schwarzkopf Gliss wzięło udział 1189 kobiet z całej Polski w wieku 20–60 lat. Wyniki badań częściowo napawają optymizmem – 43 proc. kobiet regularnie wykonuje samobadanie, a 39 proc. korzysta z USG, co może uratować życie. Jednak są i alarmujące dane – 40 proc. kobiet nie bada się regularnie, a wśród młodszych Polek aż 61 proc. nie wykonuje USG piersi, wskazując na wysokie koszty prywatnych badań, odległe terminy w publicznym systemie ochrony zdrowia oraz brak czasu. Strach i brak czasu to największe bariery – 20 proc. badanych kobiet obawia się diagnozy i jej konsekwencji, a 27 proc. wskazuje na niedostatek czasu. Aż 46 proc. kobiet w wieku 45–54 lat oraz 31 proc. po 55. roku życia przyznało się, że nie miało mammografii w ciągu ostatnich 2 lat,



jających temu warunkach. Każdy może wybrać coś dla siebie, musi tylko się zdecydować na pierwszy krok.

Formy sztuki wykorzystywane w arteterapii:

- sztuki plastyczne – malarstwo (malowanie farbami plakato- wymi, akwarelę, witrażowymi, olejnymi, farbami do szkła, farbami window collors lub tuszem kreślarskim), rysunek (kredkami ołówkowymi, świecowymi, pastelami, ołówkiem, kredą lub węglem),
- muzyka – muzykoterapia aktywna (gra na instrumentach, śpiew) i bierna (słuchanie muzyki, muzyka aktywizująca, relaksacyjna, trening relaksacyjny Schultza),
- ruch – choreoterapia, czyli terapia tańcem i ruchem,
- teatr – wykorzystanie form teatralnych do wyrażania emocji i doświadczeń,
- poezja – poezjoterapia – terapia poprzez czytanie i pisanie poezji,
- czytanie głośne fragmentów lub całości książki – bibliote- rapia (dla bajek – bajkoterapia),
- grafika – gipsoryt, linoryt, drzeworyt, monotypia lub druk strukturalny,
- rzeźba – prace z masy plastycznej, np. masa solna, glina, modelina, plastelina, masa papierowa, воск itp. lub rzeź- bienie w drewnie i innych twardych materiałach, papiero- plastyka, origami – motywy postaci, przedmiotów, kwiatów lub laurki,
- sztuki użytkowe – witraż – na okna, drzwi, butelki itp., fotografia, plakat, projekty okładek, opakowania, ulotki reklamowe. Collage/kolaż – wycinanie, wyklejanie, wydzie- ranie z papieru i tworzenie pracy łączonej różnymi techni- kami plastycznymi,



- zdobnictwo i dekoratorstwo – ikebana – układanie kom- pozycji z suszonych i żywych kwiatów, roślin, owoców oraz darów natury, np. kory drzewa, szyszek, mchu, muszli, drewna, piór itp., kompozycje w wazonie, w ramach obra- zów, koszykach. Dekoracje okolicznościowe, świąteczne, np. stroiki Wielkanocne, Bożonarodzeniowe, wycinane ozdoby z papieru z okazji świąt i uroczystości. Zdobienie różnych przedmiotów, np. ramek,
- filmoterapia – projekcja filmów i nagrywanie filmów.

Dla kogo jest arteterapia?

Amerkańskie Stowarzyszenie Arteterapii (The American Art Therapy Association) podkreśla, że arteterapia wykorzy- stuje proces tworzenia do podniesienia poziomu fizycznego, umysłowego i emocjonalnego dobrostanu osób w każdym wieku – dla:

- dzieci, młodzieży, dorosłych i seniorów, niezależnie od wieku,
 - osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi, ner- wicą, depresją czy lękami oraz uzależnieniami,
 - osób zmagających się z problemami w relacjach rodzinnych w wypadkach nadużycia seksualnego i przemocy domowej. Ponadto arteterapię wykorzystuje się:
 - w trudnościach społecznych i emocjonalnych związanych z niepełnosprawnością i chorobą; wspiera osoby po leczeniu psychiatrycznym, onkologicznym i kardiologicznym,
 - w traumach i przeżyciach straty,
 - stanowi ona też formę wsparcia intelektualnego i rehabi- litacji medycznej oraz
- coraz częściej wykorzystywana jest również w profilaktyce społecznej, w tym w pracy z osobami zagrożonymi wyklu- czeniem społecznym.

Jedną z form arteterapii jest malowanie po numerach z prostą instrukcją krok po kroku, dzięki gotowym zestawom do malowania. Ta forma leczenia przez sztukę pobudza krea- tywność, relaksuje, poprawia humor i daje radość tworzenia. Można w ten sposób, nie mając wielkiego talentu, namalo- wać dowolny obraz: krajobraz, zwierzęta, kwiaty, abstrakcję, a nawet portret. Obrazy po numerach tworzone samodzielnie,

czy też wspólnie z rodziną, mogą stać się również pięknymi pamiątkami, które można zachować na lata.

Moda na kolorowanie trwa na świecie od kilku lat, a liczne już badania naukowe potwierdzają, że aktywność ta ma działanie antystresowe. Być może chodzi o mentalny powrót do dzieciństwa, kojarzonego przez większość z nas z bez troską i radością, a być może o skupienie mózgu na jednej czynności, co pozwala mu się oczyścić z natłoku myśli i uspokoić. W każdym razie efekt jest oszałamiający. Psycholodzy jedno-myślnie potwierdzają, że wypełnianie obrysów kolorami ma niezwykle pozytywny wpływ na nastrój, wycisza, relaksuje, łagodzi negatywne emocje. Dlatego też coraz częściej zaleca się kolorowanie w leczeniu bezsenności, stanów lękowych, a nawet depresji. Co ważne, kolorowanie zwiększa też wiarę we własne siły i możliwości; choć czynność jest dosyć prosta, to końcowy efekt daje poczucie spełnienia. Każdy kolorujący tworzy bowiem własne dzieło, dobierając barwy, cieniując czy wypełniając wolną przestrzeń. To sprawia, że po ukończeniu odczuwa się dumę tworzenia. Nie dziwi zatem, że kolorowanie stało się jedną z metod arteterapii, stosowanych w ramach pomocy psychologicznej u osób borykających się z trudami choroby nowotworowej.

W Wielkiej Brytanii już co drugi pacjent koloruje w trakcie i po chemioterapii, a także czekając na zabieg chirurgiczny i podczas rekonwalescencji po operacji. Wyniki badań opublikowanych w *British Medical Journal* (BMJ 2016; 352: h6795) potwierdziły, że kolorowanie redukuje stres, lęk oraz poprawia nastrój i zapobiega depresji u osób chorujących na raka. W Stanach Zjednoczonych programy arteterapeutyczne stosowane są w licznych zróżnicowanych środowiskach, tj.: szpitale, kliniki, placówki społecznościowe, centra odnowy biologicznej, instytucje edukacyjne oraz prywatna praktyka terapeutyczna.

W Europie jedynie w dwóch krajach arteterapeuci, a właściwie *Arts therapist in the health service* posiadają status zawodu regulowanego. W Polsce arteterapii nie regulują zapisy prawa. Osoby te skwalifikowane są jako praktykujące niekonwencjonalne lub komplementarne metody terapii. Klasyfikacja ta służy celom statystycznym i organizacyjnym rynku pracy, jednak nie stanowi podstawy do przyznawania uprawnień zawodowych. Terapię przez sztukę prowadzić może w zasadzie każda osoba, która legitymuje się co najmniej średnim wykształceniem. Efektywność arteterapii rzadko sprawdzana jest w randomizowanych i kontrolowanych eksperymentach. Najwięcej badań dotyczy pacjentek zmagających się z rakiem piersi i w ich wypadku ustalenia wskazują na potencjalnie pozytywny wpływ terapii na objawy lęku, depresji i zmęczenia. U założeń arteterapii leży niepodważalny już fakt, że czynniki psychologiczne odgrywają niebagatelną rolę w przebiegu choroby i mają wpływ na skuteczność leczenia.

Dane Autora do wiadomości Redakcji

Na zdjęciach obrazy namalowane po numerkach jako arteterapia w czasie chemioterapii z powodu raka piersi.

Patologia odżywiania u ciężarnych

dr n. o zdr. KRYSZYNA ROCHALA
mgr PATRYCJA SZCZEPANIK

Zaburzenia odżywiania to zagadnienie, które rozwija się wraz z postępowaniem cywilizacji. Liczba oraz rodzaj istniejących zaburzeń stale się powiększa. Ma to związek z przemianami zachodzącymi w społeczeństwie, jak również obrazem ciała kreowanym przez mass media. Obecnie większość zdjęć na portalach społecznościowych, typu Instagram czy Facebook jest retuszowana tak, iż niemożliwe jest odróżnienie elementów autentycznych od zmodyfikowanych. Nowe technologie pozwalają na generowanie wizerunków wpisujących się w kanony współczesnego piękna.

Publikowane w Internecie treści mają ogromny wpływ zwłaszcza na młodzież. W okresie dojrzewania ciało intensywnie zmienia się i może znacząco odbiegać od promowanych wzorców. Dążenie do wyobrażonego ideału skutkuje często stosowaniem restrykcyjnych diet, które łączą się niedoborami wielu składników odżywczych, witamin i minerałów a ponadto może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia.

Nie tylko młodzież jest podatna na negatywny przekaz płynący z sieci. Szczególną grupą, u której zachodzą dynamiczne zmiany w wyglądzie, są ciężarne. Ciąża fizjologicznie związana jest z przyrostem masy ciała. Z reguły więcej na wadze przybierają kobiety o niższym BMI. Wraz ze wzrostem płodu zwiększa się obwód brzucha a środek ciężkości ulega przesunięciu, powiększają się również gruczoły piersiowe, na skórze mogą tworzyć się rozstępy. Nie wszystkie kobiety akceptują zmiany w wyglądzie. Mass media idealizują czas ciąży, kreując wizerunek zawsze szczęśliwej ciężarnej, która nie doświadcza żadnych dolegliwości. Celebrytki często publikują zdjęcia szczupłej sylwetki z zaznaczonym jedynie brzuchem ciążowym. Taki obraz najczęściej odbiega od rzeczywistości. Przeciętna ciężarna może zastanawiać

się dlaczego jej ciało wygląda inaczej oraz jak sprawić, by przypominało to ze zdjęć.

Zaburzenia odżywiania ciężarnych to temat nieczęsto poruszany, bowiem niewyobrażalnym wydaje się celowe ograniczanie spożywanych pokarmów w ciąży. Zdrowa, odpowiednio zbilansowana dieta matki jest podstawą prawidłowego rozwoju płodu, a stosowanie diet redukcyjnych w ciąży, jest niedozwolone. Z medycznego punktu widzenia nie ma oficjalnej klasyfikacji zaburzeń odżywiania w ciąży.

W piśmiennictwie coraz częściej pojawia się termin *pregoreksja* tłumaczony jako anoreksja kobiet ciężarnych. Rozpoznanie tej patologii jest trudne do zdiagnozowania z uwagi na charakterystyczne dla ciąży dolegliwości, które pokrywać się mogą z objawami zaburzeń odżywiania. Przykładem są wymioty występujące zwłaszcza w I trymestrze i trudno stwierdzić, czy są one prowokowane. Dlatego jeśli ciężarna cierpi na zaburzenie odżywiania, nie ma trudności z jego ukryciem.

Zaburzenia odżywiania to zagadnienie, które rozwija się wraz z postępowaniem cywilizacji. Liczba oraz rodzaj istniejących zaburzeń stale się powiększa. Ma to związek z przemianami zachodzącymi w społeczeństwie, jak również obrazem ciała kreowanym przez mass media, w tym Facebook oraz Instagram.

Nurtem działającym w sieci, będącym niejako w opozycji do retuszu zdjęć jest *body positive* (ciałopozytywność), mającym promować akceptację swojego ciała takim jakie jest. Obecnie temu ruchowi często zarzuca się pochwałę nadwagi i otyłości. Wiele osób mających te nieprawidłowości odżywiania, czuje się usprawiedliwiona, nie widząc potrzeby zmiany nawyków czy terapii. Mimo, iż idea ta nie miała propagować niezdrowego stylu życia, nierzadko bywa interpretowana błędnie i wywiera negatywny wpływ na społeczeństwo.

Otyłość ciężarnych

Otyłość definiowana jest jako przesadne nagromadzenie w ciele tkanki tłuszczowej, prowadzące do licznych powikłań narządowych i stanowiące zagrożenie dla zdrowia człowieka. Często towarzyszą jej inne przewlekłe choroby metaboliczne. Jest to schorzenie dotykające ludzi w każdym wieku, pojawia-



jące się coraz częściej u ciężarnych. Przyczyny otyłości mogą być endogenne – wynikające z funkcjonowania organizmu lub egzogenne – pochodzące z zewnątrz, np. wywołane przez sytuacje stresogenne czy nieodpowiedni sposób odżywiania. Jako skutki otyłości można wymienić zwiększone ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2, choroby układu krążenia, np. nadciśnienie tętnicze, zaburzenia w funkcjonowaniu układu szkieletowego, oddechowego oraz pokarmowego. Oprócz fizycznych konsekwencji, otyłość wiąże się z problemami psychicznymi i społecznymi takimi jak: trudność w nawiązywaniu relacji międzyludzkich, zaburzona samoocena, poczucie osamotnienia, depresja.

Otyłość ciężarnej może wywoływać powikłania w przebiegu ciąży, porodu i połogu. W porównaniu do matek z prawidłową masą ciała, u otyłych 3-krotnie wzrasta ryzyko rozwinięcia się stanu przedzucawkowego, 3,5-krotnie częściej stwierdza się cukrzycę ciążową, a 4-krotnie częściej występuje u nich nadciśnienie tętnicze. Płód ciężarnej otyłej narażony jest na makrosomię, wady wrodzone (głównie wady cewy nerwowej, serca, układu moczowo – płciowego), zgon wewnątrzmaciczny lub tuż po urodzeniu. Znaczne trudności występują w ocenie dobrostanu płodu zwłaszcza podczas badania USG a także osłuchiwaniu czynności serca płodu, czy też przeprowadzaniu badania fizykalnego. Poród często jest indukowany lub odbywa się drogą cięcia cesarskiego, podczas którego, z uwagi na dużą ilość tkanki tłuszczowej, mogą pojawić się problemy z wydobyciem noworodka. Rana pooperacyjna u otyłych położnic goi się znacznie gorzej, wymaga często zastosowania antybiotykoterapii, co wydłuża pobyt w szpitalu. Zazwyczaj noworodki matek otyłych otrzymują niższą ocenę w skali Apgar.

Pregoreksja

Termin pregoreksja, określa anoreksję ciążową: pregnancy – ciąża, anorexia – anoreksja. Definiuje się ją jako jadłowstręt psychiczny, który po raz pierwszy wystąpił w ciąży. Niektóre źródła obejmują tą definicją również połóg. Zaburzenie to cechują takie same zachowania jak w anoreksji. Symptomy pregoreksji są trudne do wychwycenia z uwagi na częściowe pokrywanie się z naturalnymi objawami występującymi w ciąży. Ciężarne nadmiernie kontrolują swoją masę ciała oraz dążą do zredukowania jej poprzez restrykcyjną dietę, intensywne ćwiczenia fizyczne oraz stosowanie środków przeczyszczających. Oprócz zachowań charakterystycznych dla anoreksji kobiety chore na pregoreksję często zaprzeczają ciążę lub ją ukrywają, by uniemożliwić powiększanie się obwodu brzucha, uciskają go ciasną odzieżą. Niektóre ciężarne nadużywają kofeiny oraz nikotyny, aby zmniejszyć łaknienie i ograniczyć przyrost masy ciała. W 8 miesiącu ciąży domagają się wykonania cesarskiego cięcia, aby uchronić się przed intensywnym wzrostem wagi w ostatnich tygodniach ciąży. Po porodzie kobiety dążą do jak najszybszego powrotu do sylwetki sprzed ciąży. Chorujące na pregoreksję ciężarne nie chcą

ujawniać swojego problemu ze strachu przed wykluczeniem społecznym ze strony najbliższych a także personelu medycznego. Konsekwencją tego jest brak możliwości udzielenia im pomocy oraz zapobiegnięcia zaburzeniom u płodu.

Anoreksję ciążową można stwierdzić, gdy masa ciała ciężarnej jest mniejsza niż 85 proc. zalecanej masy dla jej wieku i wzrostu oraz oczekiwanego przyrostu masy ciała w ciąży. W Polsce oczekiwany przyrost masy ciała ciężarnej uzależniony jest od jej BMI sprzed ciąży.

BMI przed ciążą (kg/)	Przyrost masy ciała (kg)
< 18,5	12,5 – 18
18,5 – 24,9	11,5 – 16
25 – 29,9	7 – 11,5
> 30	5 – 9

Tab. Prawidłowy przyrost masy ciała w ciąży pojedynczej w zależności od BMI sprzed ciąży.

Wśród polskich ciężarnych zbyt niski przyrost masy ciała w ciąży występuje u 14,2–26,5 proc. kobiet. Ponadto badania wykazują, iż niewystarczający przyrost masy ciała częściej dotyczy kobiet zbyt szczupłych przed ciążą, niż tych o prawidłowym BMI i z nadwagą. Podobne wyniki uzyskano w krajach Europy Zachodniej. Kobiety, których przyrost masy ciała w ciąży jest zbyt mały, rodzą dzieci o 100–300 g lżejsze. Wyniki badań przeprowadzonych w Polsce wykazały, iż 40 proc. badanych ciężarnych starało się podjąć próbę odchudzenia podczas ciąży a około 80 proc. było niezadowolonych z obrazu własnego ciała. Należy zaznaczyć, iż odchudzanie w trakcie ciąży nie jest zalecane, bowiem stanowi ono ryzyko dla zdrowia ciężarnej i płodu.

Częstość występowania anoreksji ciężarnych waha się w między 0,6 a 27,8 proc. ciężarnych. Szczególnie narażone na wystąpienie pregoreksji są kobiety, które w przeszłości chorowały na anoreksję lub inne zaburzenia odżywiania, stosowały diety odchudzające. Jedną z teorii przyczyn rozwijania się tego zespołu jest podświadoma niechęć kobiety do posiadania potomstwa. Jednak większość badaczy wskazuje na wieloczynnikowość powstawania tego zaburzenia i jednakże podkreśla znaczenie kultury masowej i ideału sylwetki w nich przedstawianego. Kobiety obserwujące profile matek – celebrytek czują presję, by będąc w ciąży wyglądać równie szczupło. Pregoreksja niesie ze sobą poważne konsekwencje zarówno dla matki jak i rozwijającego się płodu oraz noworodka. W ciąży rozwija się niedokrwistość, nadciśnienie tętnicze, osteoporoza, dochodzi do poronień, nieprawidłowego wykształcenia łożyska, przedwczesnego pęknięcia błon płodowych oraz infekcji wewnątrzmacicznych. Ciąża kończy się zazwyczaj porodem przedwczesnym

spowodowanym niewydolnością cieśniowo – szyjkową, płód narażony jest na obumarcie wewnątrzmaciczne. Połóg często wikła sepsa, a także depresja poporodowa. W grupie ciężarnych z anoreksją ciążową obserwuje się zwiększony odsetek porodów zakończonych cięciem cesarskim. Dzieci matek z pregoreksją w okresie prenatalnym są bardziej narażone na powstawanie wad rozwojowych, głównie wad cewy nerwowej oraz zaburzeń funkcji poznawczych w okresie postnatalnym. Po porodzie występują dość często zaburzenia oddychania, co wiąże się z niższą oceną w skali Apgar. Mają też zwiększone ryzyko śmierci w okresie noworodkowymi i niemowlęcym. Depresja związana z tym zaburzeniem odżywiania wpływa negatywnie na więź matki z dzieckiem oraz powoduje trudności w zapewnieniu mu prawidłowej opieki. Zaobserwowano, iż matki z pregoreksją karmią swoje dzieci piersią krócej w porównaniu do matek zdrowych. U dzieci matek z pregoreksją częściej występują problemy emocjonalne, zaburzenia zachowania oraz nadpobudliwość. Są one konsekwencją niedoborów składników odżywczych, stosowania leków moczopędnych oraz przeczyszczających w czasie ciąży.

Literatura specjalistyczna nie podaje konkretnych strategii terapeutycznych dla pregoreksji. W skład zespołu terapeutycznego, zajmującym się kobietą tym schorzeniem, powinni wchodzić: położna, psycholog, dietetyk oraz lekarz. Istotną rolę w proces leczenia odgrywa zaangażowanie rodziny. Rekomendowane jest zastosowanie interwencji żywieniowych oraz psychospołecznych. Psychoterapię uznaje się za główną metodę leczenia ciężarnych z zaburzeniami odżywiania, zwłaszcza tych którym towarzyszą zaburzenia nastroju. Należy zapewnić pacjentce wielomiesięczną ciągłość opieki medycznej, regularną terapię i poradnictwo żywieniowe. Farmakoterapia nie jest zalecana z powodu teratogenego działania większości leków psychiatrycznych. Szczególną uwagę należy zwrócić na nastrój pacjentki w okresie okołoporodowym, aby móc wcześniej wychwycić objawy depresji poporodowej.

Dotychczas nie ustalono międzynarodowych kryteriów przyjęcia do szpitala pacjentki z pregoreksją. Uznaje się, że do leczenia szpitalnego kwalifikują się chore z: niedoborami odżywczymi, zaburzeniami elektrolitowymi, hipoglikemią, ostrymi powikłaniami niedożywienia, jak również te o BMI < 75 proc. wartości odpowiedniej dla kobiet w danym wieku i wzroście a także pacjentki niestabilne fizjologicznie lub psychicznie.

Pica

Pica definiowana jest w klasyfikacji DSM – 5 jako przewlekłe spożywanie substancji niejadalnych i nieodżywczych przez okres minimum miesiąca. Najczęściej przyjmuje postać geofagii – jedzenia ziemi, amylofagii – spożywania skrobi oraz pagofagii – konsumpcji lodu w dużych ilościach. Inne przedmioty które mogą być spożywane to: włosy, paznokcie,

popiół, papier, kamienie, śnieg, kreda, niedopałki papierosów, płatki kwiatów, mydło, nieugotowane ziarna ryżu.

Pica jest zachowaniem obserwowanym u ciężarnych na całym świecie. W najnowszych badaniach potwierdzono częstość występowania tego schorzenia u 45% ciężarnych w Afryce, 18% w Eurazji i 23% w Ameryce Północnej oraz Południowej. W USA rozpowszechnienie tego zjawiska, w zależności od źródła danych, mieści się w przedziale od 20% do 70% ciężarnych, występuje dwukrotnie częściej u Afroamerykanek niż u kobiet rasy białej. Jest to zaburzenie, które zazwyczaj zanika po porodzie.

Istnieje wiele prawdopodobnych teorii wyjaśniających podłoże pica, poczynając od oczekiwań kulturowych, odpowiedzi na psychologiczny stres, głód, zaburzenia żołądkowo – jelitowe, po niedobór mikroelementów oraz ochronę przed patogenami i toksynami. Badania wykazują związek tego zaburzenia z niedoborem żelaza bądź cynku. Jednakże u większości ciężarnych pica pojawia się jako strategia radzenia sobie ze stresem.

Spożycie przez ciężarną substancji niejadalnych wpływa negatywnie na jej zdrowie oraz płodu. Jedzenie ich w dużych ilościach zmniejsza pojemność żołądka, zaburza wchłanianie mikro- oraz makroelementów niezbędnych podczas rozwoju ciąży. Powikłaniem pica jest anemia z niedoboru żelaza. Dochodzi do niej, ponieważ przyjmowane wraz z nieodżywczymi substancjami metale ciężkie, takie jak cynk, mangan i kobalt zakłócają mechanizm absorpcji żelaza w jelitach. Zaś niektóre badania sugerują, iż niski poziom żelaza może być czynnikiem wywołującym pica. Zaobserwowano, iż podanie żelaza pozajelitowo całkowicie, zmniejsza apetyt na substancje nieodżywcze. Pica wywołuje mdłości, bóle brzucha, zaburzenia żołądkowo – jelitowe, nieżyt żołądka oraz zapalenie przełyku. Zespół ten może powodować wady rozwojowe płodu oraz zwiększać zachorowalność i śmiertelność noworodka oraz jego matki.

Kluczową rolę edukacji na temat prawidłowej diety a także w diagnozowaniu zaburzeń odżywiania podczas ciąży ma personel medyczny. Członkowie zespołu interdyscyplinarnego powinni posiadać wiedzę nie tylko o najczęściej występujących zaburzeniach odżywiania, ale również i o tych niespecyficznych. Niezbędne informacje na ten temat powinny być przekazywane już w toku studiów, by później pracy z ciężarną móc w odpowiednim czasie wychwycić pojawiające nieprawidłowości.

Piśmiennictwo u Autorów

dr n. o zdrowiu Krystyna Rochala
mgr Patrycja Szczepanik
Zakład Położnictwa Praktycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa
Uniwersytet Medyczny w Łodzi



ANNA JANOTA

Od sceptycyzmu do pasji. Moja droga do aromaterapii

Od 19 lat pracuję jako pielęgniarka w szpitalu pediatrycznym i w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Spotykam tam rodziców, którzy przychodzą z dziećmi zarówno w stanach nagłych, wymagających natychmiastowej interwencji, jak i w sytuacjach, które spokojnie mogłyby być zaopiekowane w domu – gdyby tylko rodzice mieli odpowiednie narzędzia i wiedzę, jak ich używać.

To, co obserwuję od lat, to niejednokrotnie bezradność wobec objawów, które wcale nie muszą kończyć się wizytą na izbie przyjęć. Katar, ból gardła, niewielka gorączka, rozdrażnienie, kłopoty ze snem, kolki – to nie są sytuacje wymagające hospitalizacji, ale wywołują u rodziców lęk i poczucie braku kontroli.

Jako pielęgniarka zawsze starałam się wspierać rodziców w edukacji, tłumaczyć, co mogą zrobić, jak reagować, jakie sygnały powinny ich zaniepokoić. A jednocześnie w głębi serca czułam, że sama chciałabym mieć w rękach jeszcze lepsze, naturalne i skuteczne narzędzia, które mogłyby pomóc w takich codziennych dolegliwościach.

Sama „od zawsze” unikam leków; sięgałam po nie tylko w ostateczności. Wiem, że każdy farmaceutyk ma skutki uboczne i że organizm musi „zapłacić cenę” za każde farmakologiczne wsparcie. Z drugiej strony naturalne metody wymagają determinacji – zioła trzeba parzyć, naturalne syropy przygotowywać, a dzieci często odmawiają picia takich „specyfików”.

Wtedy pojawiła się w naszym rodzinnym życiu rodzina, która funkcjonowała zupełnie inaczej. Radzili sobie od kilku lat

niemal całkowicie bez leków. Na infekcje, emocje, sen, odporność, a nawet pielęgnację skóry używali olejków eterycznych. Co mnie najbardziej zadziwiło – nawet dzieci wiedziały, który olejek na co się sprawdza :)

To, co obserwowałam było niesamowite, ale wciąż podchodziłam do tego sceptycznie. Zawód pielęgniarki nauczył mnie ostrożności i krytycznego myślenia wobec takich naturalnych środków. Po prostu działanie niezbyt skuteczne, niepopularne, takie miałam wyobrażenie i przekonanie...

A jednak... sercem czułam, że chciałabym żyć podobnie – bliżej natury, bez lęku przed każdym objawem i bez poczucia, że jedynym rozwiązaniem są tabletki czy syropy z apteki

Przełom nastąpił, gdy zaczęłam zgłębiać wiedzę o aromaterapii i zrozumiałam, że olejki eteryczne to nie tylko „ładny zapach”, ale skoncentrowana moc roślin, gotowa do użycia. To było dla mnie odkrycie – natura w najbardziej praktycznej formie. Bez parzenia, bez skomplikowanych przygotowań, a jednocześnie zgodnie z badaniami naukowymi i zasadami bezpieczeństwa: odpowiednie rozcieńczenie, małe dawki, częste stosowanie dawały bardzo dużą skuteczność zastosowane odpowiednio wcześniej.

Kluczowe było dla mnie również to, że można mieć pewność co do jakości olejków – jeśli tylko zgłębi się temat. Mimo wielu olejków na rynku zanieczyszczonych, z domieszkami jest możliwe odnalezienie i wybranie czystych, terapeutycznych, z certyfikatami potwierdzającymi bezpieczeństwo każdej partii.

Z moim sceptycznym podejściem zaczęłam stosować je u siebie i mojej rodziny. Najpierw w drobnych sytuacjach – przy

katarze, bólu gardła, trudnościach ze snem. Efekty przerosły moje oczekiwania! Infekcje udawało się zatrzymać w zarodku, dzieci spały spokojniej, a w domu pojawił się spokój i poczucie, że mamy realny wpływ na zdrowie. Kadzidłowiec, lawenda, drzewo herbaciane, geranium, olejki cytrusowe, oregano, mięta to jest podstawa, która powinna znaleźć się w każdym domu. Bez tych olejków jak i bez wielu innych nie umiem się już obejść. Na wyjazdy też w naszej rodzinie obowiązkowe i już wiele razy okazały się bardzo potrzebne. Bez nich szukalibyśmy szpitala w trakcie tegorocznych jak i ubiegłych wakacji.



Najbardziej widzę ich skuteczność u mojego najmłodszego syna, który chodził dotychczas do żłobka – miejsca, gdzie infekcje rozprzestrzeniają się błyskawicznie. A jednak, odkąd wspieramy odporność olejkami, żadna choroba nie rozwinęła się na dobre. Maksymalnie kilka razy musiał zostać w domu na dwa, trzy dni, żebym mogła naturalnie złagodzić objawy i zatrzymać infekcję.

Dziś, po prawie 2 latach mojej historii przekonywania się do olejków eterycznych, mogę powiedzieć, że moje życie wygląda inaczej.

Zamiast tabletek i syropów mam olejki.

Zamiast chemicznych detergentów – własnoręcznie przygotowane, naturalne środki czystości.

Zamiast sztucznych perfum – olejki i ich mieszanki, które nie tylko pięknie pachną, ale też wspierają emocje.

Naturalne olejki eteryczne stały się jednym z filarów naszego życia i jednym z narzędzi wspierania zdrowia.

Jednocześnie jeszcze bardziej zaczęłam dostrzegać znaczenie fundamentów zdrowia: snu, odżywiania, ruchu, równowagi emocjonalnej i czystego środowiska. To, co jemy, jak się ruszamy, jakich kosmetyków i detergentów używamy – ma ogromne znaczenie. Olejki wpisują się w każdy z tych obszarów, stając się wsparciem dla ciała i emocji.

Patrząc na ostatnie lata, widzę też coś niepokojącego – odporność dzieci jest coraz gorsza. Schemat często wygląda tak samo: kolejne leki, chwilowa poprawa, a potem powrót do tych samych nawyków i... od nowa. Koło się zamyka. W mojej ocenie sytuacja naprawdę się pogorszyła – coraz więcej jest też chorób autoimmunologicznych, gdzie organizm zaczyna atakować sam siebie. To konsekwencja tego, że nie dbamy o fundamenty zdrowia, które mają nas trzymać w równowadze.

Dlatego dziś nie tylko stosuję aromaterapię w moim domu, ale też uczę innych, jak bezpiecznie i świadomie wprowadzać olejki eteryczne do codziennego życia. Pokazuję rodzicom, że mają w rękach ogromną moc – mogą wspierać swoje dzieci i siebie, reagować w sytuacjach codziennych, które wcale nie wymagają wizyty na SOR-ze, a przede wszystkim budować zdrowe nawyki oparte na naturze.

Chciałabym, żeby każdy rodzic poznał moc natury – by zobaczył, że olejki eteryczne i zdrowe nawyki to narzędzia, które mogą realnie zmienić jakość życia. Bo aromaterapia to nie alternatywa dla medycyny – ale jedno z najpiękniejszych uzupełnień, które może dać każdemu z nas poczucie bezpieczeństwa, spokój i realne wsparcie w zdrowym funkcjonowaniu.

Jeśli chcesz poznać moc natury w praktyce, skontaktuj się ze mną i zajrzyj na moje media społecznościowe – tam dzielę się wiedzą, inspiracjami i wskazówkami.

<https://www.instagram.com/anna.janota>

Anna Janota
żona, mama „czwóreczki”,
pielęgniarka ze specjalizacją w pediatrii i medycynie ratunkowej,
studentka aromaterapii klinicznej

Wyjazd integracyjny pracowników Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

Jednym ze sposobów na oderwanie pracowników od codziennych obowiązków jest organizacja wyjazdów integracyjnych, które cieszą się coraz większą popularnością, będąc sposobem na budowanie silnych zespołów. Wspólne wyjazdy przynoszą wiele korzyści, m.in.: poprawiają komunikację międzyludzką, wzmacniają więzi, redukują stres, sprzyjają lepszej współpracy, budowaniu zaufania i wzajemnego zrozumienia, co przekłada się na wzrost efektywności pracy.

Kolejny wyjazd integracyjny, na który czekali pracownicy Instytutu CZMP w Łodzi, zaplanowany został na 29–30 marca 2025 r. Grupę wyjazdową tworzyli: pielęgniarki, salowe oraz pracownicy ochrony szpitala, a także kilka pań pielęgniarek z innych szpitali. Program naszej wspólnej eskapady był bardzo bogaty i zaowocował nie tylko mile spędzonym czasem, ale i pięknymi wspomnieniami.

Głównym celem wyjazdu było odwiedzenie Sanktuarium Matki Boskiej Gietrzwałdzkiej i wspólna modlitwa – w intencji zmarłych pracowników ochrony zdrowia z CZMP oraz ich rodzin – o opiekę, siłę i wsparcie w pokonywaniu codziennych trudów.

Po porannym wyjeździe z Łodzi na początek dotarliśmy do tamy we Włocławku. To miejsce pamięci narodowej zrobiło na nas ogromne wrażenie. Na prawym brzegu Wisły, przy zejściu z ogromnej tamy nad wodę, znajduje się kuloodporna szyba ze znakiem krzyża. Zazwyczaj leżą pod nią kwiaty i palą się znicze. Dalej widać pomnik w postaci krzyża, upamiętniający męczeńską śmierć bł. ks. Jerzego Popiełuszki, obrońcy praw człowieka, zamordowanego przez oficerów SB 19 października 1984 r. Był on nie tylko duszpasterzem prześladowanych, dotkniętych cierpieniem fizycznym, moralnym bądź ubóstwem, ale również diecezjalnym duszpasterzem pracowników służby zdrowia i kapłanem Domu Zasłużonego Pracownika Służby Zdrowia. Księdza Popiełuszkę wyróżniała wrażliwość na drugiego człowieka, zwłaszcza cierpiącego. Na tę cechę wpłynęły osobiste doświadczenia kapłana, związane z chorobami, nabytymi podczas służby wojskowej i, przeżywanymi w latach studiów

seminaryjnych oraz podczas pracy duszpasterskiej w parafiach, liczne pobyty w szpitalu, jak i duszpasterska bliskość z pracownikami służby zdrowia oraz studentami warszawskiej Akademii Medycznej. Naturalnym procesem więc stała się dla niego integracja pielęgniarek, położnych, lekarzy oraz studentów medycyny. Metalowo-szklaną konstrukcję krzyża widać z daleka, a nocą jest ona podświetlona. Pierwotnym zamysłem twórcy pomnika, Jerzego Kaliny z Warszawy, było ustawienie go w nurcie Wisły, ale zrezygnowano z tego pomysłu z powodu trudności technicznych oraz w trosce o to, by pomnik był dostępny dla wszystkich pielgrzymujących. Jest to miejsce skupienia, modlitwy i refleksji.

W niedalekim sąsiedztwie tamy znajduje się Sanktuarium Męczeństwa bł. ks. Jerzego Popiełuszki, gdzie zgromadzenie Braci Pocieszycieli z Getsemani opiekuje się parafią Matki Bożej Fatimskiej. To ważne miejsce na mapie Kościoła w Polsce, w którym znajdują się relikwie bł. ks. J. Popiełuszki, miejsce odpowiadające na duchowe potrzeby osób pielgrzymujących. Tam też się udaliśmy. W sanktuarium znajduje się m.in. kielich mszalny, który przekazał pan Georgio z Włoch jako wotum wdzięczności bł. ks. Jerzemu za dar uzdrowienia z choroby nowotworowej. W sanktuarium jest też Pieta – piękna figura Matki Bożej Bolesnej z Włoch (z XVII/XVIII w.), ofiarowana sanktuarium za łaskę nawrócenia pewnej

Włoszki. W kompleksie, który został wybudowany przez wspólnotę zakonną, znajduje się również Muzeum Męczeństwa bł. ks. Jerzego.

W zadumie opuściliśmy Sanktuarium i udaliśmy się w dalszą drogę do Klasztoru karmelitów z XVII w. oraz Sanktuarium Matki Bożej Bolesnej w Oborach, położonych 20 km od Golubia-Dobrzynia w diecezji płockiej. Ze względu na wysokie wzgórza, panujące nad okolicą, oraz urozmaicenie terenu obszar ten nazywany jest „Szwajcarią Dobrzyńską”. Łaskami słynąca figura Matki Bożej Bolesnej od wieków była przedmiotem szczególnej czci i zainteresowania teologów, historyków i poetów. Pieta oborska – rzeźba z politurowanego





drewna lipowego, jak również Golgota i Kalwaria Oborska od setek lat przyciągają tysiące pielgrzymów.

Nasz pobyt w Sanktuarium skupił się przede wszystkim na Mszy św. i adoracji Najświętszego Sakramentu, po której sprawowany był obrzęd błogosławieństwa chorych – indywidualna modlitwa wstawiennicza z nałożeniem rąk na głowę przez kapłana. Wiele osób uważa, że msza o uzdrowienie pozwala im wyciszyć się, uspokoić, dodaje siły w walce z przeciwnościami, chorobami oraz przydaje nadziei. Można było również przenieść się tutaj w dawne czasy i udać na spacer do okolicznego pięknego parku, wyobrażając sobie, że latem 1824 r. w Oborach przebywał i grał na organach Fryderyk Chopin. Przypominała nam o tym tablica, ufundowana w 1999 r. przez prof. Mirosława Krajewskiego, pod chórem muzycznym oraz popiersie kompozytora w przejściu na dziedziniec klasztorny, gdzie można było zjeść pyszny obiad i wypić dobrą kawę z ciastem upieczonym przez pracowników części gastronomicznej.

Nieopodal kościoła i klasztoru wznosi się wzgórze, zwane niegdyś Grodziskiem, na którym znajduje się stary cmentarz parafialny. Na szczyt cmentarnego wzgórza prowadzą zachowane do dziś schody, ułożone w połowie XIX w. z polnych kamieni.

Wyruszając w dalszą drogę po woj. kujawsko-pomorskim cieszyliśmy się wiosną i słoneczną pogodą oraz towarzyszącymi nam po drodze bocianami, które to wcześniej powróciły do swoich gniazd. My zaś dotarliśmy późnym popołudniem

do Gietrzwałdu na obiadokolację i odpoczynek w Domu Pielgrzyma.

Gietrzwałd leży na skraju południowej Warmii, w połowie drogi między Ostródą a Olsztynem, i jest otoczony niewielkimi wzgórkami nad rzeką Giłwą, prawym dopływem Pasłęki. Stał się sławny dzięki Objawieniom Matki Bożej, które trwały od 27 czerwca do 16 września 1877 r. Matka Boska ukazała się 160 razy. Głównymi wizjonerkami były: trzynastoletnia Justyna Szafrzyńska i dwunastoletnia Barbara Samulowska. Obie pochodziły z niezamożnych polskich rodzin i obie twierdziły, że Maryja przemawia do nich po polsku, a tamtych czasach nasz język na terenach Prus i Warmii był zakazany. Uznano to za znak. Na prośbę dzieci – Matka Boża pobłogosławiła źródło, znajdujące się w pobliżu sanktuarium i zapewniła, że do Gietrzwałdu mogą przychodzić chorzy, że udzieli im wielu łask, ale proszący o zdrowie ludzie powinni odmawiać różaniec.

Gietrzwałd to jedyne w kraju miejsce Objawień Matki Bożej uznane przez Kościół, a częściowo opisane cudowne uzdrowienia zostały potwierdzone przez specjalną komisję lekarską. Maryja objawiała się codziennie na klonie rosnącym niedaleko kościoła podczas odmawiania różańca. To wyjątkowe miejsce do modlitwy i osobistego spotkania z Bogiem; np. na Drodze Krzyżowej, której kaplice postawione są na błoniach gietrzwałdzkich. Przy drodze z kościoła do źródła, które ma moc uzdrawiającą, znajduje się 15 nowych kapliczek różańcowych. Do 1956 r. na ogrodzeniu źródła widoczne były łaski i szczudła osób uzdrowionych.

W Sanktuarium Matki Bożej w Gietrzwałdzie na każdym kroku odczuwa się mistyczną aurę. Panuje tu spokój, skupienie i wszechobecna modlitwa. Nie znaczy to jednak, że panuje tu minorowy nastrój. Pielgrzymi są uśmiechnięci, mili i otwarci. Jest to miejsce, gdzie wiara chrześcijańska skupia się jak w soczewce. Nie bez przyczyny Gietrzwałd otrzymał miano polskiego Lourdes.

Następnego dnia – posileni śniadaniem – wyruszyliśmy do Stoczka Klasztornego, obecnie Sanktuarium Matki Bożej Królowej Pokoju, w którym można odwiedzić celę więzienną i inne miejsca związane z pobytem tu bł. kardynała Stefana Wyszyńskiego od 12 października 1953 do 6 października 1954 r. Internowanie w Stoczku było jednym z kilku miejsc, w których S. Wyszyński był przetrzymywany. Kardynał spędził tu rok w odosobnieniu w trudnych warunkach, koncentrując się na modlitwie, lekturze i więziennych zapiskach. W miejscu uwięzienia ks. Prymasa Tysiąclecia urządzono „Izbę Pamięci”, w której zostały zgromadzone pamiątki związane z jego pobytem w Stoczku oraz życiem i działalnością jako Pasterza Kościoła w Polsce.

Naszą wyprawę zakończyliśmy odwiedzając ważne Sanktuarium Maryjne – Bazylikę Nawiedzenia Najświętszej Maryi Panny w Świętej Lipce, zaliczanej do najwspanialszych obiektów późnego baroku w Polsce. Dekretem Arcybiskupa Warmińskiego Sanktuarium zostało wyznaczone jako Kościół Jubileuszowy. To słynne miejsce wzięło nazwę od bardzo dawno stojącej w tym miejscu rozłożystej lipy,

na której pojawiła się figurka Matki Boskiej z Dzieciątkiem. Legenda głosi, że w średniowieczu, za czasów Krzyżaków, w kętrzyńskich lochach oczekiwał na wykonanie wyroku śmierci skazaniec. W ostatnią noc przed egzekucją mężczyźni, modlącemu się o cudowne uratowanie życia, objawiła się Maryja. Dała mu do ręki dłuto i kawałek drewna oraz poleciła, aby w drewnie wyrzeźbił jej figurkę, a następnie o poranku pokazał ją strażnikom. Tak też się stało. Skazaniec, mimo że nie umiał rzeźbić, wykonał nakazaną mu pracę. Kiedy o poranku strażnicy otworzyli drzwi, by wyprowadzić go na egzekucję, mężczyzna pokazał im nocne dzieło. Został ulaskawiony, a figurkę Maryi z Dzieciątkiem powiesił na gałęzi rozłożystej lipy.

Od średniowiecza Święta Lipka, często nazywana „Częstochową Północy”, przeszła do historii jako sławne miejsce pielgrzymowania, gdzie wierni mogą dostąpić łaski odpustu zupełnego. Podróżując z Reszla do Świętej Lipki możemy podziwiać barokowe kapliczki drogi różańcowej, ustawione na trasie liczącej około 6 km. Jeśli zwiedzamy sanktuarium, warto zostać tu chwilę dłużej i poczekać na rozpoczynające się kilkakrotnie w ciągu dnia koncerty muzyki organowej. Stare organy w Bazylice, powstałe w latach 1719–1721, są tutejszą

chlubą i – co najważniejsze – organów w Świętej Lipce się nie tylko słucha, ale także można je oglądać, dlatego niemal wszyscy podczas koncertu zwróceni są tyłem do ołtarza. Organmistrz dysponuje tu trzema manualami (klawiaturami), dzięki którym wydobywają się odgłosy z czterech tysięcy piszczałek. Organy mogą imitować inne instrumenty, np. puzon, trąbkę, obój. Trudno też zapomnieć o anielskich dzwoneczkach i ruchomych figurkach. Imponująca jest także kuta brama, rzeźby w kamieniu i drewnie – dzieła artystycznego kowalstwa i ślusarstwa.

W Świętej Lipce kończą się Mazury. Nieopodal w lesie stoi słup graniczny z 1750 r., oddzielający Mazury i Warmię (czyli dawne Prusy Książęce od Prus Królewskich).

Kończy się również nasza podróż, która na długo pozostanie w naszych sercach i pamięci. Za ten piękny wspólnie spędzony czas należą się wielkie podziękowania dla uczestników wyjazdu, a szczególnie – już tradycyjnie – słowa wdzięczności dla pielęgniarek oddziałowych: Małgorzaty Kluch i s. Alicji Syliwoniuk za wszelkie organizacyjne działania, bez których tych wspomnień by nie było.

Czekamy na kolejny wyjazd w sierpniu, tym razem na Dolny Śląsk i do Pragi.

PODZIĘKOWANIA

W październiku zeszłego roku spaliło się mieszkanie, w którym mieszkałam z rodziną od 33 lat. Straciliśmy w pożarze dorobek całego życia. W tej samej chwili przekonaliśmy się, ilu wspaniałych ludzi o wielkim sercu, niosących pomoc jest wokół nas. Pomagali najbliżsi, przyjaciele, znajomi, oraz osoby, których nawet nie znałam.

Dlatego nie wymieniając z osobna, z całego serca **Dziękujemy Wszystkim** osobom, za każdą pomoc, jaką otrzymaliśmy.

Dziękuję, Barbara Stępniewska,
pielęgniarka z Poradni Chorób Płuc ze Zgierza,
wraz z rodziną

Jak przystąpić do programu?

1. Wejdź na stronę Izby: www.oipp.lodz.pl i znajdź zakładkę o kartach FitProfit FitSport.
2. Kliknij w link do założenia konta na Platformie eVanityStyle.
3. Załóż konto - do założenia kontakt potrzebne są: imię i nazwisko, email, numer PWZ – Prawo Wykonywania Zawodu (wpisz go w miejscu: „Identyfikator pracownika”). Zgłoszenia bez numeru PWZ nie będą brane pod uwagę.
4. Zamów odpowiednią kartę dla siebie (FitProfit lub FitSport) oraz dla osób towarzyszących oraz dzieci.
5. Dodaj karty do koszyka i opłać je przez wybrany system płatności online. Możesz ustawić zlecenie stałe lub opłacać karty jednorazowo, co miesiąc. W pierwszym miesiącu masz czas do 25 lutego na zamówienia kart, ale nie czekaj na ostatni moment.
6. Jeśli nie ustawiłeś zlecenia stałego na Platformie eVS, wpłat należy dokonywać do 20. każdego miesiąca, poprzedzającego miesiąc, w którym abonament będzie aktywny. Brak dokonania wpłaty we wskazanym terminie oznacza wstrzymanie usługi do momentu kolejnej wpłaty.
7. Program startuje 1.03.2024. W tym dniu Twoje karty będą aktywowane i będziesz mógł korzystać z wybranych przez siebie obiektów. Karty fizyczne będą czekały na Ciebie do odbioru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (Emilii Plater 34, 91-762 Łódź), tel. **786 338 604** (w godzinach pracy biura), jednak będziesz mógł bez problemu korzystać z programu sportowego dzięki pobranej aplikacji (aplikacja „VanityStyle” do pobrania za darmo z Google Play oraz z App Store).
8. W przypadku pytań o obiekty zapraszamy na stronę: <https://www.vanitystyle.pl/obiekty> lub w przypadku pytań technicznych (Platforma eVS, zamawianie kart, rejestracja itp.) na Infolinię VanityStyle. Infolinia jest czynna od poniedziałku do niedzieli w godz. 7:00-21:00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. tel.: **+22 371 50 72** email: infolinia@vanitystyle.pl.

„Jak trudno pożegnać kogoś, kto jeszcze mógł być z nami...”

św. Jan

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy do wiadomości,
że 7 września 2025 r.
odeszła nasza Koleżanka Pielęgniarka

śp. Małgorzata Nadolna



Całe życie zawodowe związana była ze Szpitalem Powiatowym w Radomsku.
Zawsze pogodna, życzliwa, pełna energii. Z charakterystycznym uśmiechem na twarzy,
budzącym życzliwość i otwartość dla drugiego człowieka.

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci i sercach.

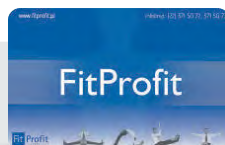
Dyrekcja, Koleżanki i Koledzy
Szpitala Powiatowego w Radomsku

Program Sportowy dla Członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi



BESTSELLER

www.vanitystyle.pl



Karta FitProfit

- ⊕ **Nielimitowana ilość wejść** do różnych obiektów jednego dnia
- ⊕ Ponad **3800 obiektów** w Polsce
- ⊕ **Dziesiątki aktywności** sportowych
- ⊕ Ponad **1200 rabatów** na produkty i usługi

www.vanitystyle.pl



Karta FitSport

- ⊕ **8 wejść** do obiektów w miesiącu
- ⊕ Ponad **2200 obiektów** w Polsce
- ⊕ **Dziesiątki aktywności** sportowych

Wybierz kartę dla siebie i dla bliskich!



Członek Izby OIPIP w Łodzi

Karta przeznaczona dla Członka Izby OIPIP w Łodzi



Osoba Towarzysząca

Z karty skorzystać mogą dwie osoby zgłoszone przez Członka Izby OIPIP w Łodzi



Junior

Karta przeznaczona dla osób w wieku od 15 do 18 roku życia



Dziecko

Każde dziecko Członka Izby OIPIP w Łodzi do 15 roku życia, posiadającego kartę może również przystąpić do programu



Dziecko Basen

Dzieci Członka Izby OIPIP w Łodzi do 15 roku życia, który posiada aktywną kartę, mogą przystąpić do programu gwarantującego dostęp do obiektów basenowych



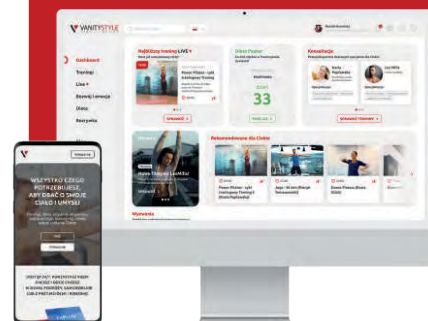
Senior

Karta przeznaczona dla osób po 60 roku życia

www.strefa.vanitystyle.pl

Czy wiesz, że z aktywną kartą możesz korzystać ze **Strefy VanityStyle?**

- trening online
- zdrowe odżywianie
- materiały samorozwojowe



Start programu: 1 marca 2024 r.

Wybór oraz płatność za karty odbywa się po zalogowaniu do systemu składkowego. Znajdziesz tam link do Platformy eVS - zarejestruj się i ustal hasło (podaj imię, nazwisko, adres e-mail oraz numer PWZ). Po zalogowaniu na Platformę eVS będziesz mógł zapoznać się z dostępnymi kartami oraz cenami. **Wybór i płatność w pierwszym miesiącu jest możliwa do 25.02.2024. Wybór karty oraz płatności są możliwe zawsze do 20. dnia miesiąca na miesiąc następny.**



Karta tradycyjna czy karta w aplikacji w telefonie?

Pobierz aplikację VanityStyle na:



Nie czekaj! Zapisz się już dziś!

Informacje o zapisach: www.oipp.lodz.pl

Informacje o obiektach: www.vanitystyle.pl/obiekty



Ceny kart zostały specjalnie wynegocjowane przez OIPIP w Łodzi dla Członków. Izba nie finansuje kart.