

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Agnieszka Kałużna
dyżuruje w środy w godz. 16.00 – 18.00

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Dorota Rybińska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk
tel. 42 633 22 48

Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Irena Król
dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00 – 17.00
tel. 42 633 23 94
w pozostałe dni kontakt z Krystyną Sawczenko
– spec. ds. merytoryczno-kancelaryjnych ORzOZ
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

mgr Grażyna Kozak
dyżuruje w I i III poniedziałek miesiąca
w godz. 15.30 – 17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

mgr Joanna Gąsiorowska
dyżuruje we wtorki w godz. 16.00 – 18.00
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 22 48

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74
czynne: wtorek: 10.00 – 18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00;
poniedziałek – dzień bez interesantów
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

Konto bieżące OIPiP

Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, II Oddział w Łodzi
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Prawo wykonywania zawodu

wtorek: 10.00 – 18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00
tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00 – 18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00;
tel. 42 639 92 62
mgr Justyna Łabuzińska-Gawrysiak – tel. 781 014 032
mgr Danuta Ciechomska – tel. 781 014 062

Biblioteka OIPiP

wtorek: 11.00 – 17.30; środa: 10.00 – 15.00; czwartek: 8.30 – 15.00
piątek: 10.00 – 15.30
e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 92 98

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

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

Radca prawny

wtorek: 14.00 – 18.00, czwartek: 14.00 – 16.00
tel. 42 633 71 06

Kasa

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

www.oipp.lodz.pl

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 3

DZIAŁ PRAWNY 11

TEMAT MIESIĄCA 12

PRAKTYKA ZAWODOWA 17

SZKOLENIA KURSY
KONFERENCJE 27

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 32

CHWILA RELAKSU 35

PODZIĘKOWANIA 36

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17
tel. 42 633 22 48; fax 42 633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
Redaktor Naczelny: mgr Joanna Gąsiorowska
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

Wydarzenia – co nowego słyszeć w medycznym świecie

Zmiana na stanowisku konsultanta krajowego z dziedziny pielęgniarstwa ogólnego

Informujemy, że nastąpiła zmiana na stanowisku Konsultanta Krajowego z Dziedziny Pielęgniarstwa Ogólnego. Na tę funkcję Minister Zdrowia powołał panią dr hab. n. hum. Marię Kózkę.

Kontakt:

dr hab. n. med. Maria Kózka
Instytut Pielęgniarstwa CM UJ
ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków
tel. 12/421 41 60; 12/431 27 08
tel./fax 12/429 48 72
e-mail: makozka@cm-uj.krakow.pl



28 lipca – Światowy Dzień Wirusowego Zapalenia Wątroby

Według WHO około jedna trzecia światowej populacji – czyli około dwóch miliardów ludzi – jest zarażona wirusem zapalenia wątroby (w porównaniu z około 40 milionami ludzi zakażonych wirusem HIV). Choć w 1991 roku opracowano skuteczną szczepionkę przeciwko pewnym rodzajom wirusów WZW, to wirus dalej zabija co roku około miliona osób. Światowy Dzień WZW odbywa się corocznie 28 lipca. Jest to wydarzenie, które skupia uwagę

Rada e-zdrowia w pielęgniarstwie

W wyniku inicjatywy nawiązania współpracy w obszarze e-zdrowia, podjętą na wniosek Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) i środowiska pielęgniarskiego, a także w związku z realizacją przez Centrum zadań z zakresu e-Zdrowia i projektów informatycznych Zarządzeniem NR 9/2012 z dnia 5 kwietnia br. została powołana Rada e-zdrowia w pielęgniarstwie. Rada będzie współdziałała z CSIOZ w zakresie projektów e-Zdrowia, w tym realizowanych przez Centrum projektów: P1 „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”, P2 „Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych”.

Jednym z zadań Rady będzie także przedstawianie rekomendacji dla działań o charakterze edukacyjnym oraz informacyjno-promocyjnym. Skład Rady e-zdrowia w pielęgniarstwie (zgodnie z Zarządzeniem NR 9/2012 z dnia 5 kwietnia br.):

1) Przewodniczący Rady: mgr Doro-
ta Kilańska – Akredytowane Centrum
Badania i Rozwoju ICNP, Uniwersytet
Medyczny w Łodzi;

2) Zastępca Przewodniczącego Rady:
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk –
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Po-
łożnych;

3) pozostali członkowie Rady:

- dr n. med. Jolanta Glińska – Kierownik Akredytowanego Centrum Badania i Rozwoju ICNP, UM w Łodzi,

- Wiesław Krajewski – Radca Ministra, Departament Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia,

- mgr Izabela Kaptacz – Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Paliatywnego,

- mgr Beata Ostrzycka – Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego,

- dr n. med. Elżbieta Szałkiewicz – Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych.

źródło: <http://www.csioz.gov.pl>

społeczności międzynarodowej na grupach osób chorych na WZW i osób zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu B i C. Przewlekłe zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B lub C stanowi najczęstszy czynnik ryzyka rozwoju raka wątroby. Statystyki wykazują, że bez prawidłowego leczenia, co czwarty nosiciel wirusa HBV umiera z powodu marskości lub raka wątroby.

Problem wirusowych zapaleń wątroby typu B lub C dotyka co 12-tą osobę na świecie. Większość z osób zakażonych nie jest świadoma, ponieważ przez wiele lat nie daje ona żadnych objawów. Bardzo często zakażenia HCV i HBV wykrywane są przypadkowo po wielu latach od zakażenia. Problem jest poważny i dlatego WHO 21 maja 2010 uznała wirusowe zapa-

lenie wątroby typu C za jedno z największych zagrożeń epidemiologicznych. Według Polskiej Grupy Ekspertów HCV, po przeprowadzonych w 2009 roku badaniach epidemiologicznych, liczba zakażonych w Polsce może wynosić około 730 000 czyli 1,9 proc. ludności. Większość z nich jest nierozpoznana dlatego można przyjąć, że blisko 700 000 Polaków nie wie, że jest zakażona HCV, co może być zagrożeniem dla reszty społeczeństwa, ze względu na łatwość przenoszenia się wirusa. Corocznie odbywają się akcje edukacyjne na temat WZW typu C.

źródło: <http://www.wzwc.pl>



Komunikat Ministerstwa Zdrowia

Znaczący wkład Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w interoperacyjności danych w ochronie zdrowia

Komunikat Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN), Ministerstwa Zdrowia i Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego dotyczący konferencji zorganizowanej przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, w dniach 2–3 lipca 2012 r., pod hasłem „Elektroniczna dokumentacja medyczna – interoperacyjność i wdrażanie”

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) wyraża uznanie z powodu coraz powszechniejszego zrozumienia potrzeby użycia terminologii stosowanej w pielęgniarstwie i ochronie zdrowia w Polsce, co potwierdza dzisiejsza konferencja zorganizowana przez Ministerstwo Zdrowia/Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Konferencja ta jest ważnym krokiem polskiego pielęgniarstwa i systemu ochrony zdrowia, biorąc pod uwagę pracę nad tłumaczeniem ICNP, edukację oraz możliwe zastosowania kliniczne. ICNP ustanawia międzynarodowy standard terminologii funkcjonującej w pielęgniarstwie, stosowany w elektronicznej dokumentacji medycznej. Dokumentacja pielęgniarska wspomaga analizę interwencji pielęgniarskich dotyczących pacjenta, wyniki i inne dane związane z podejmowaniem decyzji i rozwojem polityki zdrowotnej. ICNP jest częścią programu e-zdrowie, którego zadaniem jest przekształcenie pielęgniarstwa poprzez zastosowanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych. „Pielęgniarki w Polsce pełnią rolę liderów w rozwijaniu swego zawodu, a także gwarantują współpracę interdyscyplinarną w rozwoju opieki zdrowotnej. Standaryzacja dokumentacji, wobec wyzwań w ochronie zdrowia – niepewności w obliczu kryzysu gospodarczego i starzenia się społeczeństwa, będzie narzędziem wsparcia dla systematycznego gromadzenia informacji – danych dla badań naukowych w obszarze ochrony zdrowia w całym kraju, co pomoże w rozwoju polityki i alokacji zasobów”, stwierdził David Benton, dyrektor wykonawczy ds. ICN. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie wspólnie z Radą ds. ICNP® przy CSIOZ od 2010 r. wspiera interdyscyplinarną współpracę w tłumaczeniu i edukacji Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®). Unifikacja ICNP z terminologią medyczną taką jak ICD-10 i ICF, ma za zadanie poprawę interoperacyjności medycznej dokumentacji elektronicznej. Ministerstwo Zdrowia wspiera działania prowadzące do ustalenia międzynarodowego kodu praktyki pielęgniarskiej i dążenie do wprowadzenia go w praktyce, popierając działania Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, przy dużym wsparciu i pomocy Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN).

KOBIETA W WIELKIM MIEŚCIE



15-17 czerwca 2012
TARGI
Kobieta
W WIELKIM MIEŚCIE

Organizator:
MTŁ
MIĘDZYNARODOWE TARGI ŁÓDZKIE

W dniach 15-17 czerwca 2012 r. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi uczestniczyła jako wystawca w Międzynarodowych Targach w Łodzi „Kobieta w wielkim mieście” w nowym Centrum Konferencyjno-Wystawienniczym w Łodzi przy al. Politechniki 2.

Ideą targów było stworzenie specjalnej oferty dla kobiet, które chciałyby aktywnie spędzić czas w ramach projektu „Łódź Miastem Kobiet” – o kobietach, z kobietami i dla kobiet. Tematyka wydarzenia była bardzo różnorodna, skupiająca różne dziedziny z życia m.in. uroda, moda, pasja i czas wolny, mama i ja, dom, kuchnia i zdrowie.

Ponad 70 wystawców zaprezentowało szeroki asortyment produktów i usług oraz wydarzeń stworzonych z myślą o kobietach. Podczas 3 dni targowych Centrum Konferencyjno-Wystawiennicze MTŁ odwiedziło blisko 2 tysiące zwiedzających.

Okręgowa Izba była reprezentowana przez pielęgniarki i położne, które nauczały samobadania piersi, dokonywały pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, stężenia glukozy we krwi oraz udzielały porad w zakresie zdrowego stylu życia, opieki nad noworodkiem i niemowlęciem, osobami z różnymi schorzeniami aż po wskazówki z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej. Z naszych badań i porad skorzystało około 1200 osób.

Od organizatorów Targów otrzymaliśmy podziękowania za aktywny udział w imprezie oraz zaproszenie do wzięcia udziału w kolejnej edycji niniejszego projektu w roku 2013.

Jednocześnie pragnę serdecznie podziękować Koleżankom Pielęgniarkom i Położnym za aktywny udział i reprezentowanie naszych zawodów podczas targów oraz za podjęte działania na rzecz poprawy jakości życia społeczeństwa.

Fotorelacja na II stronie okładki.

Z prac Okręgowej Rady Najważniejsze uchwały i decyzje

VI posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 24 maja 2012 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 15 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położnych.
- ▶ Dokonano wymiany zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarka.
- ▶ Wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarek.

- ▶ Wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 7 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki i 1 praktyki położnej.
- ▶ Wykreślono z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyki pielęgniarek.
- ▶ Dokonano zakupu 9 tytułów nowości książkowych dla potrzeb Biblioteki OIPiP w Łodzi, w liczbie 24 egzemplarzy książek.

▶ Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: kursach specjalistycznych – 5 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 45 osobom. Ogólny koszt przyznanych 50 osobom dofinansowań wyniósł 45 724,50 zł.

▶ Przyznano 6 pomocy finansowych, w tym zapomogi, w wysokości: 1 × 2800 zł, 2 × 2000 zł oraz wsparcie finansowe w wysokości: 2 × 2000 zł i 1 × 1000 zł oraz odmówiono 1 osobie przyznania pomocy, ze względu na brak udokumentowanego zdarzenia losowego.

▶ Zatwierdzono:

- honoraria dla 2 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie Nr 5/2012,
- skład osobowy komisji kwalifikacyjnej i komisji egzaminacyjnej dla kursu specjalistycznego w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej (Nr 01/11), program dla pielęgniarek i położnych – edycja w Bełchatowie,
- zatwierdzono kadre dydaktyczną dla kursu specjalistycznego w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej (Nr 01/11), program dla pielęgniarek i położnych – edycje w Piotrkowie Tryb. i Bełchatowie,
- wytypowano 3 przedstawicieli ORPiP do składu komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej w podmiotach prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek.

VIII posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniu 12 czerwca 2012 r.

- ▶ Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarki.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarek i 1 pielęgniarkowi.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położnym.
- ▶ Wydano duplikat prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyki pielęgniarek.
- ▶ Dokonano zmiany we wpisie w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki położnej.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – 3 wpisy podmiotów szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie: pielęgniarstwa epidemiologicznego, pielęgniarstwa opieki długoterminowej i pielęgniarstwa kardiologicznego.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: kursach specjalistycznych – 7 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 35 osobom,

konferencji – 1 osobie. Odmówiono przyznania dofinansowania 3 osobom, ze względu na wykorzystane dofinansowanie w 2012 roku przysługujące jeden raz w roku kalendarzowym, na inną formę kształcenia podyplomowego. Ogólny koszt przyznanych 42 osobom dofinansowań wyniósł 32 235,20 zł.

▶ Zatwierdzono:

- zmiany w planie szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w roku 2012 – wykreślono kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią (brak wymaganej liczby zgłoszeń),
- wyrażono zgodę na udostępnienie sali wykładowej w OIPiP pielęgniarkom pracującym w endoskopii zainteresowanym powołaniem Zespołu ds. Pielęgniarstwa w zakresie Endoskopii przy OIPiP – komunikat opublikowany na stronie internetowej OIPiP,
- dokonano zmiany w składzie osobowym komisji problemowej OIPiP w Łodzi – Komisji Położnych,
- zarekomendowania przez ORPiP kandydatury do pełnienia funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego dla województwa łódzkiego,
- zmianę firmy na obsługę systemów komputerowych w biurze OIPiP w Łodzi,
- udział poczty sztandarowej OIPiP na obchodach XV-lecia ŁOZZPiP w Łodzi,
- udział OIPiP w Łodzi w MTŁ „Kobieta w wielkim mieście”, w dniach 15-17.06 2012 r. – informacja o targach na s. 4.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do składów osobowych trzech komisji egzaminacyjnych kursów specjalistycznych, o które wystąpiło dwóch organizatorów kształcenia: ERUDIO i Akademia Zdrowia.
- ▶ Powołano przedstawicieli do składów osobowych komisji konkursowych na stanowiska kierownicze: 1 zastępcy dyrektora i 1 ordynatora oddziału. ORPiP podjęła stanowisko w sprawie udziału przedstawicieli OIPiP w Łodzi w komisjach konkursowych na niektóre stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami – na stanowiska kierownicze pielęgniarek i położnych. Oświadczenie publikujemy na s. 7.

VII posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 27 czerwca 2012 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarkom.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarek.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarki.

► Wydano postanowienie o podjęciu zawieszono postępowania w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych pielęgniarki obywatelki państwa członkowskiego Unii Europejskiej – 1 pielęgniarka.

► Dokonano zmiany okresu przeszkolenia po przerwie wykonywania zawodu przez okres dłuższy niż pięć lat – skrócono okres przeszkolenia 1 pielęgniarkę.

► Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek.

► Dokonano zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyki pielęgniarek.

► Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – 1 wpis podmiotu dotyczy zajęć stażowych w Łodzi szkolenia specjalistycznego w dziedzinie Pielęgniarstwa psychiatrycznego.

► Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: kursach specjalistycznych – 6 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 66 osobom, konferencjach – 2 osobom. Ogólny koszt przyznanych 74 osobom dofinansowań wyniósł 48 713,15 zł.

► Przyznano 10 pomocy finansowych, w tym zapomogi, w wysokości: 2 × 2800 zł, 1 × 2000 zł i 2 × 1500 zł oraz wsparcie finansowe w wysokości: 3 × 1500 zł i 2 × 1000 zł oraz odmówiono 2 osobom przyznania pomocy, ze względu na brak udokumentowanego zdarzenia losowego.

► Zatwierdzono:

- koszty szkolenia dla członków OSPiP w Łodzi w zakresie Wykładni i stosowania przepisów prawa, prowadzonym przez NSPiP,

- koszty szkolenia dla położnych i pielęgniarek drugiej edycji „Zrozumieć niemowlę. Wspieranie interakcji między rodzicami a dzieckiem” prowadzonego przez eksperta i trenera Skali Oceny Zachowania Noworodka według Brazeltona z Centrum NBAS w Polsce a organizowanego przez Komisję Położnych OIPiP w Łodzi, w dniu 10 września 2012 r. w OIPiP w Łodzi – komunikat opublikowany na stronie internetowej OIPiP,

- koszty zakupu 8 tytułów nowości książkowych dla potrzeb Biblioteki OIPiP w Łodzi – 22 egzemplarzy książek,

- honoraria dla 4 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie Nr 6/2012,

- zmiany pełnomocnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych i jego zastępcy w 1 rejonie wyborczym/zakładzie,

- składy osobowe komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych dla 2 edycji kursu specjalistycznego w zakresie wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07), organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Brzezinach i Kutnie,

- Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do składów osobowych czterech komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych kursu kwalifikacyjnego i kursu specjalistycznego, o które wystąpiła Akademia Zdrowia.

VIII posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 18 lipca 2012 r.

► Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 3 położnym.

► Przyznano ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi 1 pielęgniarkę.

► Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarek.

► Dokonano wykreślenia z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarki.

► Dokonano wymiany prawa wykonywania zawodu pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarkom.

► Przyjęto oświadczenia o powrocie do wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarki.

► Przyjęto oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarki.

► Wydano postanowienie o odbyciu stażu adaptacyjnego lub testu umiejętności, skierowanie na staż adaptacyjny w związku z postępowaniem w przedmiocie uznania kwalifikacji zawodowych do wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.

► Dokonano odmowy wniosku o skrócenie okresu przeszkolenia po przerwie wykonywania zawodu przez okres dłuższy niż pięć lat – 1 pielęgniarkę.

► Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek, 1 praktykę położnej i 2 specjalistyczne praktyki pielęgniarek.

► Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktykę pielęgniarki.

► Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: kursach specjalistycznych – 29 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 87 osobom, konferencjach – 1 osobie. Ogólny koszt przyznanych 117 osobom dofinansowań wyniósł 84 246,55 zł.

► Przyznano 8 pomocy finansowych, w tym zapomogi, w wysokości: 3 × 2000 zł, 1 × 1800 zł, 1 × 1500 zł i 1 × 1200 zł oraz wsparcie finansowe w wysokości: 1 × 500 zł i 1 × 2000 zł oraz odmówiono 3 osobom przyznania pomocy, ze względu na brak udokumentowanego zdarzenia losowego.

► Zatwierdzono składy osobowe komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych dla dwóch edycji kursu specjalistycznego w zakresie Wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07), organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Brzezinach i Łodzi.

serwis informacyjny oprac. mgr Maria Kowalczyk sekretarz ORPiP

Oświadczenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 12 czerwca 2012 r.

Do: Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Klubów Parlamentarnych, podmiotów leczniczych

w sprawie udziału przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w komisjach konkursowych na niektóre stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w pełni popiera Stanowisko Nr 3 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 30 maja 2012 r. dotyczące odmowy udziału przedstawicieli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w komisjach konkursowych na niektóre stanowiska kierownicze i wyraża ponownie stanowczy sprzeciw wobec zapisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2012 r. poz. 182).

Wprowadzenie do ww. rozporządzenia zapisów o poszerzeniu składu komisji konkursowych o przedstawicieli kierownika podmiotu leczniczego w liczbie od trzech do sześciu, przy niezmienionej liczbie przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych, w sposób rażąco dyskryminujących jego przedstawicieli uniemożliwiając tym samym wykonywanie powierzonych im zadań, rodzić będzie konsekwencje w postaci:

- iluzoryczności postępowań konkursowych,
- marginalizacji roli przedstawicieli samorządu zawodowego w toku postępowania konkursowego,
- pozbawienia samorządu zawodowego jakiegokolwiek wpływu na podjęte przez komisję konkursową rozstrzygnięcie,
- zaburzenia przejrzystości procedury konkursowej.

W świetle powyższego Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi ponownie wzywa do zmiany, w tym zakresie, przepisów ww. rozporządzenia.

W przypadku dalszego ignorowania apeli i stanowisk przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi we wrześniu 2012 r. rozpatrzy możliwość zawieszenia do odwołania przewodniczenia i uczestnictwa przedstawicieli Okręgowej Izby w komisjach konkursowych na stanowiska

kierownicze – pielęgniarskie i położnicze w podmiotach leczniczych.

Zawieszenie to polegać będzie w szczególności na:

- powstrzymaniu się przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
- od udziału w postępowaniach konkursowych,
- nie podejmowaniu się przewodniczenia komisjom konkursowym,
- nie desygnowaniu swoich przedstawicieli do udziału w innych postępowaniach konkursowych.

Uzasadnienie

Jak wynika z treści uzasadnienia projektu ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1039) dookreślone zadania przypisane zostały w niezbędnym zakresie poszczególnym organom samorządowym celem przejrzystości ich działania i likwidacji wątpliwości interpretacyjnych. Zawarte w niej uprawnienia i obowiązki samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych mają na celu zapewnienia możliwości wykonywania przez niego zadań, przejawiających się w szczególności w sprawowaniu pieczy nad należytych wykonywaniem zawodu. Zgodnie z treścią art. 4 ust. 2 pkt. 7 ww. ustawy samorząd wykonuje swoje zadania m. in. przez: *przewodniczenie i uczestnictwo jego przedstawicieli w komisjach konkursowych na kierownicze stanowiska pielęgniarskie lub położnicze oraz na inne stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych, o ile odrębne przepisy przewidują taki obowiązek.*

Treść ww. rozporządzenia uniemożliwia należytą realizację zadań nałożonych ustawą na samorząd.

Przewodnicząca ORPiP
Agnieszka Kałużna

Sekretarz ORPiP
Maria Kowalczyk

Stanowisko nr 3 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 30 maja 2012 r. w sprawie odmówienia udziału przedstawicieli okręgowych izb pielęgniarek i położnych w komisjach konkursowych na niektóre stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami zamieszczone jest na stronie internetowej www.izbapiel.org.pl

Kalendarium pracy ORPiP w Łodzi w okresie od 23.02 do 11.07.2012 r.

Lp.	Temat	Data	Miejsce	Imię i nazwisko członka ORPiP
1.	Posiedzenie Prezydium NRPiP	23.02.2012 r.	Warszawa, ul. Pory 78	Agnieszka Kałużna
2.	Uroczyste obchody X-lecia Uniwersytetu Medycznego	22.03.2012 r.	Łódź, ul. Pomorska 251	Maria Kowalczyk
3.	Spotkanie z dyrektorem placówki, przedstawicielami OZZPiP oraz pielęgniarkami i położnymi zatrudnionymi w zakładzie dotyczące sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych zatrudnionych w SPZOZ w Rawie Maz.	23.03.2012 r.	SPZOZ w Rawie Maz.	Agnieszka Kałużna, Zdzisław Bujas, Hanna Jagielska (radca prawny OIPiP)
4.	Spotkanie Łódzkiego Porozumienia Samorządów Zaufania Publicznego dotyczące wyrażenia protestu wobec deregulacji zawodów zaufania publicznego	23.03.2012 r.	Łódź, ul. Piotrkowska 63 (siedziba Izby Adwokackiej)	Maria Kowalczyk
5.	XXIX Okręgowy Zjazd Lekarzy	24.03.2012 r.	Nieborów k. Łowicza	Maria Oleszkin
6.	Posiedzenie Prezydium NRPiP	26.03.2012 r.	Jachranka k. Warszawy	Agnieszka Kałużna
7.	Posiedzenie NRPiP	27-29.03.2012 r.	Jachranka k. Warszawy	Agnieszka Kałużna, Bożena Łuszczynska
8.	Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi m. in. nt. opieki medycznej i pielęgniarskiej w łódzkich domach opieki społecznej ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji pielęgniarek	28.03.2012 r.	Urząd Miasta Łodzi, ul. Piotrkowska 104	Maria Kowalczyk
9.	Spotkanie ze Starostą Powiatu Rawskiego i przedstawicielami OZZPiP dotyczące sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych zatrudnionych w SPZOZ w Rawie Maz.	30.03.2012 r.	Starostwo Powiatowe w Rawie Maz.	Agnieszka Kałużna, Zdzisław Bujas
10.	Uroczyste otwarcie Ośrodka Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego JOVIMED w Ksawerowie	30.03.2012 r.	Ksawerów	Elżbieta Ruta
11.	XIX Sprawozdawczy Zjazd Lekarzy Weterynarii	30.03.2012 r.	Słok, k. Bełchatowa	Leokadia Kozaczek
12.	Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi m. in. nt. opieki medycznej i pielęgniarskiej w łódzkich domach opieki społecznej ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji pielęgniarek	04.04.2012 r.	Urząd Miasta Łodzi, ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna
13.	Uroczystości Święta Wielkanocy zorganizowane przez Dyрекcję USK im. WAM – CSW w Łodzi	04.04.2012 r.	USK im. WAM w Łodzi, ul. Żeromskiego 113	Maria Cianciara
14.	Spotkanie Łódzkiego Porozumienia Samorządów Zaufania Publicznego i Wojewody Łódzkiego – Jolanty Chełmińskiej celem przekazania za jej pośrednictwem listu otwartego do Prezesa Rady Ministrów dot. projektu deregulacji zawodów zaufania publicznego	05.04.2012 r.	Urząd Miasta Łodzi, ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna, Maria Kowalczyk

15.	XI Zjazd Łódzkiej Okręgowej Izby Inżynierów Budownictwa	14.04.2012 r.	Łódź, ul. Kasprzaka 7/9 - Hotel Borowiecki	Maria Kowalczyk
16.	Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi, której jednym z tematów była przedstawiona w sposób burzliwy sytuacja pielęgniarek zatrudnionych w DPS, ze szczególnym uwzględnieniem Centrum Rehabilitacyjno-Opiekuńczego w Łodzi przy ul. Przybyszewskiego 255/267	18.04.2012 r.	Urząd Miasta Łodzi, ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna, Grażyna Romanowska (spec. ds. rejestru w OIPiP w Łodzi)
17.	Inauguracja Akademii Zdrowia Seniora. Rok 2012 został ogłoszony Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej	21.04.2012 r.	Łódź, Al. Kościuszki 4 – Rektorat Uniwersytetu Medycznego	Agnieszka Kałużna, Maria Kowalczyk, członkowie samorządu
18.	Posiedzenie Prezydium NRPiP	26.04.2012 r.	Warszawa, ul. Pory 78	Agnieszka Kałużna
19.	Posiedzenie Zespołu ds. analizy i zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze oraz określenie kryteriów będących podstawą do ustalania priorytetów w zakresie kształcenia podyplomowego	26.04.2012 r.	Warszawa, ul. Długa 38/40	Agnieszka Kałużna
20.	Posiedzenie Komisji Zdrowia, na którym nastąpiło pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej	26.04.2012 r.	Warszawa, ul. Wiejska 4/6/8 – Sejm RP	Agnieszka Kałużna
21.	Posiedzenie Rady Konsultacyjnej ŁOW NFZ na którym omówiono m.in. wyniki kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012–2014	27.04.2012 r.	ŁOW NFZ, ul. Kopcińskiego 58	Agnieszka Kałużna
22.	Spotkanie z Wiceprezydentem Miasta Łodzi – Krzysztofem Piatkowskim, na którym omówiono sytuację siedziby Biura OIPiP w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17, sytuację pielęgniarek zatrudnionych w DPS znajdujących się na terenie działania samorządu pielęgniarek i położnych ze szczególnym uwzględnieniem DPS na terenie Łodzi	07.05.2012 r.	Urząd Miasta Łodzi, ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna, Jacek Sznajder (Dyrektor Biura OIPiP)
23.	Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej	10.05.2012 r.	Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, ul. Rzgowska 281/289	Agnieszka Kałużna
24.	Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej	11.05.2012 r.	USK im. WAM – CSW w Łodzi, ul. Żeromskiego 113	Agnieszka Kałużna
25.	Akcja edukacyjna „Dzień z pielęgniarką i położną” w Manufakturze zorganizowana przez OIPiP oraz OZZPiP regionu łódzkiego z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej	12.05.2012 r.	Manufaktura, Łódź	Joanna Gąsiorowska, Lucyna Okulska, Mirosława Olejniczak, Agnieszka Kałużna, Maria Kowalczyk, Ewa Olejnik, Bożena Pawłowska, Irena Król, Grażyna Kozak, Halina Derendarz, członkowie Komisji Doskonalenia i Promocji Zawodu, pracownicy Biura OIPiP, członkowie samorządu

26.	Spotkanie z Krystyną Matyszek – Dyrektor CRO w Łodzi oraz zatrudnionymi w CRO pielęgniarkami dotyczące sytuacji zawodowej w zakładzie	16.05.2012 r.	CRO w Łodzi, ul. Przybyszewskiego 255/267	Agnieszka Kałużna, Hanna Jagielska (radca prawny OIPiP), Grażyna Romanowska (spec. ds. rejestru pielęgniarek i położnych)
27.	Uroczystość wręczenia dyplomów ukończenia studiów oraz prawa wykonywania zawodu farmaceuty	18.05.2012 r.	CDUM w Łodzi, ul. Pomorska 251	Maria Cianciara
28.	Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej zorganizowane przez OIPiP w Warszawie	21.05.2012 r.	Pałac Kultury Warszawa, Pl. Defilad 1	Agnieszka Kałużna
29.	Spotkanie informacyjne nt. Polskiej Ramy Kwalifikacji	30.05.2012 r.	Społeczna Akademia Nauk w Łodzi, ul. Kilińskiego 98	Joanna Gąsiorowska, Danuta Ciechomska (spec. ds. kształcenia pielęgniarek i położnych)
30.	Posiedzenie NRPiP	29-31.05.2012 r.	Jachranka k. Warszawy	Agnieszka Kałużna, Bożena Łuszczczyńska
31.	Posiedzenie Rady Konsultacyjnej ŁOW NFZ, na którym zaopiniowano i zatwierdzono sprawozdanie finansowe za rok 2011	01.06.2012 r.	ŁOW NFZ w Łodzi, ul. Kopcińskiego 58	Maria Cianciara
32.	Wyjazdowe posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi, którego przedmiotem było zapoznanie się z funkcjonowaniem DPS „Włókniarz” im. Jana Pawła II 7/9 oraz Centrum Rehabilitacyjno-Opiekuńczym	01.06.2012 r.	Łódź, ul. Krzemieniecka 7/9 oraz ul. Przybyszewskiego 255/267	Agnieszka Kałużna, Maria Kowalczyk
33.	Uroczystości XV-lecia Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Regionu Łódzkiego	15.06.2012 r.	Łódź, ul. Piotrkowska 2 oraz ul. Kilińskiego 45	Agnieszka Kałużna, Zdzisław Bujas, Iwona Flamholc, Joanna Gąsiorowska, Halina Kępa, Ewa Olejnik oraz inni członkowie samorządu pielęgniarek i położnych
34.	Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Wyzwania dla pielęgniarstwa XXI w., klasyfikacja praktyki pielęgniarstwa (ICNP) w aspekcie cukrzycy”.	22.06.2012 r.	Łódź, Centrum Dydaktyczne UM w Łodzi, ul. Pomorska 251	Elżbieta Ruta
35.	Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi na którym przekazano Prezydent Miasta Łodzi – Hannie Zdanowskiej informację ws. złożonego wniosku dot. podniesienia wynagrodzenia pielęgniarkom zatrudnionym w domach pomocy społecznej w Łodzi	04.07.2012 r.	Urząd Miasta Łodzi, ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna, Maria Kowalczyk
36.	Komisja Budżetowo-Finansowa NRPiP celem wniesienia uwag do projektu umów na przekazanie dotacji ze środków budżetowych i sposobów jej rozliczenia w 2012 r.	11.07.2012 r.	Warszawa, ul. Pory 78	Agnieszka Kałużna

Nowe akty prawne

USTAWA
z dnia 13 lipca 2012 r.
o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ustawy Państwowej Inspekcji Sanitarnej
Dz.U. z 2012 poz.892

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA
z dnia 24 lipca 2012 r.
w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy
Na podstawie art. 222 §3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA
z dnia 13 lipca 2012 r.
w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego
Na podstawie art. 49 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA
z dnia 9 lipca 2012 r.
w sprawie szczegółowego zakresu znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie, niezbędnego do wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położnej
Na podstawie art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 i Nr 291, poz. 1707)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA
z dnia 28 czerwca 2012 r.
w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania
Na podstawie art. 18 ust. 11 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA
z dnia 25 czerwca 2012 r.
zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez

świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych
Dz.U.12.727 z dnia 27 czerwca 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA
z dnia 14 czerwca 2012 r.
w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcąca w zawodzie pielęgniarstwa i położnej
Na podstawie art. 55 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 i Nr 291, poz. 1707)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA
szczegółów z dnia 24 maja 2012 r.
zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób
Na podstawie art. 237 §4 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA
z dnia 26 czerwca 2012 r.
w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA
z dnia 25 czerwca 2012 r.
w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych
Dz.U. z 2012 poz. 731

USTAWA
z dnia 14 czerwca 2012 r.
o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw
Dz. U. z 2012 poz.742

źródło: www.dziennikustaw.gov.pl



**ROK
JANUSZA
KORCZAKA**

2012

**Nie ma
dzieci
– są ludzie**



RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Dziecka
Marek Michalak

Warszawa, 2 stycznia 2012 r.

z dużą radością przyjąłem uchwałę Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 września 2011 roku w sprawie ustanowienia roku 2012 Rokiem Janusza Korczaka. Rok ten – w mojej opinii – będzie czasem szczególnym. W 2012 roku upływa 70 lat od tragicznej śmierci Janusza Korczaka w nazistowskim obozie zagłady w Treblince. Mija jednocześnie 100 lat od założenia Domu Sierot w Warszawie przy ulicy Krochmalnej, unikalnej placówki wychowawczej dla dzieci żydowskich, w której Janusz Korczak budował i rozwijał idee pedagogiczne wykraczające poza standardy opieki wychowawczej tamtych lat. Janusz Korczak należy do wielkich autorytetów intelektualnych i moralnych obecnej doby. Swoją biografją, działalnością społeczno-kulturalną, medyczną, literacką i pedagogiczną przekraczał tradycyjne podziały między narodowościami, religiami, orientacjami politycznymi i statusami społecznymi. Najważniejszy i najtrudniejszy dla Korczaka był podział między dorosłymi i dziećmi. Ten wielki człowiek dowodził, że dziecko jest osobą, jest człowiekiem, a nie zadatkiem na człowieka. Jest

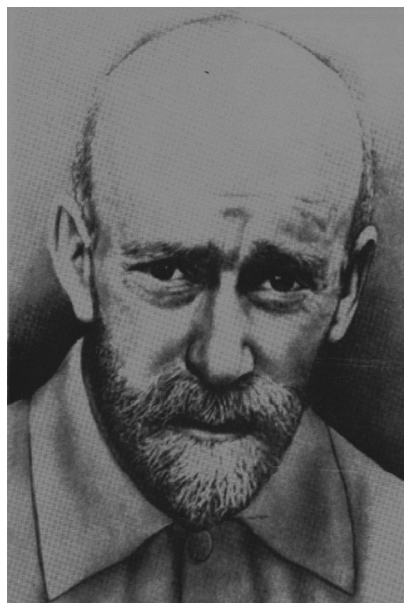
człowiekiem tu i teraz. Ma swoją godność oraz ma swoje prawa. Ma swoje obywatelskie miejsce w rodzinie, w społeczności lokalnej, w społeczeństwie. Godność dziecka, prawa dziecka i dziecięce obywatelstwo to trzy idee korczakowskie, które są fundamentem, podstawą odkrywania i propagowania dziedzictwa korczakowskiego w 2012 roku. Traktuję je jako wyzwanie i zadanie jednocześnie. Rok Janusza Korczaka to wielka lekcja, program edukacji społecznej skierowanej do dorosłych i dzieci, do organizacji rządowych, samorządowych, organizacji non-profit, do ludzi mediów i polityki, do Kościoła, szkół, a przede wszystkim do rodziny i rodziców. Tak wiele możemy nauczyć się od Korczaka. Jego postać, jego życie pozwalają nam lepiej poznać, zrozumieć, mądrzej wychowywać nasze dzieci, rozwijać z nimi lepsze relacje i wspólnie budować przyszłość dzieci, rodziców i całego społeczeństwa.

„Dziecko jest cudem Boga i Natury” – powtarzał Korczak. Dziecko jest osobą, ma swoją niezbywalną godność i wolność. Tę godność można naruszyć przemocą, gwałtem, czyniąc dziecku krzywdę, ale nie można jej zabrać ani zniszczyć. Godność jest trwale przypisana do osoby na każdym etapie jej rozwoju. Wynika ona z prawa naturalnego i prawa pozytywnego przyznawanego dzieciom. Godność dziecka jest uniwersalnym prawem do posiadania praw. Jest posągiem ludzkiego bytu. Godność przysługuje dziecku w sposób istotny, równy, nierozłączny, niezależnie od rasy, religii, wieku, wyznania, narodowości oraz innych przymiotów.

Dziecko posiada taką samą godność jak każda inna istota ludzka. Godność dziecka jest powiązana w nierozzerwalny sposób z jego wolnością i podmiotowością. Dziecko jest aktywnym podmiotem. Rozwija się, poznaje, uczy, pyta, błądzi, dziwi się. W oczach Korczaka dziecko jest najdoskonalszym tworem obdarzonym mocą rozwoju. „Stary Doktor” walczył i nawoływał do uznania godności dziecka. Walczył o jego prawa. Głos Janusza Korczaka, na tle europejskiego ruchu praw dziecka pierwszej dekady XX wieku zabrzmiał szczególnie donośnie. W słynnym eseju „Jak kochać dziecko” wydanym w 1918 roku nawoływał: „wzywam o Magna Charta Libertatis, o prawa dziecka”. Wymieniał jednocześnie trzy prawa: prawo do śmierci, prawo dziecka do dnia dzisiejszego, prawo dziecka, by było tym kim jest. Dziesięć lat później będzie mówił o prawie dziecka do szacunku.

Prawa te u Janusza Korczaka mają postać normy wychowawczej, nakazu społecznego. Wykluwają się one w szczególnej sytuacji wychowawczej między dzieckiem a dorosłym. Korczak dowodził, iż z jednej strony dorośli dorastają do szacunku i ufności wobec dziecka. Z drugiej strony dziecko uczy się zaufania do nas i mówi co jest jego prawem. Kroczyć korczakowską drogą praw dziecka oznacza być z dzieckiem, rozmawiać z nim, wsłuchać się w nie, szanować je, zrozumieć, poznać, otworzyć się na dziecko. Janusz Korczak stanął po stronie dzieci, bronił ich. W przenośni można powiedzieć, że Korczak był pierwszym, najważniejszym Rzecznikiem Praw Dziecka w Polsce. Sformułował te prawa. Uczył nas o nich w swoich licznych publikacjach, jak również w swojej niezwyklej i tragicznej biografii. Korczakowska idea praw dziecka stała się ważnym wkładem w zgłoszonej przez Polskę Konwencji o Prawach Dziecka, przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 roku. Korczak zainicjował lekcje praw dziecka, ale także dał

nam wszystkim zadanie do odrobienia, które dzisiaj z pomocą Konwencji mamy wypełniać i wypracować razem z dziećmi. Jak podkreśla Thomas Hammarberg, obecny Komisarz Praw Człowieka Rady Europy, wielki orędownik Korczaka, „prawa dziecka są zadaniem edukacyjnym” dla dorosłych, dla dzieci, dla instytucji edukacyjnych, dla mediów, dla polityków i wszystkich, którym leży na sercu dobro dziecka i przyszłość świata. Kolejną wartością, którą podkreślał Janusz Korczak, jest obywatelstwo dziecka. Jak dowodził klasyk nauk o społeczeństwie – Alfred Marshall, obywatelstwo jest statusem nadawanym tym, którzy są pełnoprawnymi członkami wspólnoty. Janusz Korczak walczył i przekonywał, aby dostrzec obecność dzieci w społeczeństwie i kulturze; aby dać im głos; aby zrozumieć, że dzieci są pełnoprawnymi obywatelami. Dzisiaj gwarantuje im to zarówno Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, jak i Konwencja o Prawach Dziecka. Dają im gwarancję poszanowania godności, wolności, prawa związane z rozwojem, z życiem rodzinnym, z edukacją, zdrowiem, prawa socjalne, kulturalne, chronią przed wieloma niebezpieczeństwami. Należy pamiętać, że dziecięce obywatelstwo jest specyficzne. „Dzieci różnią się od dorosłych, w ich życiu czegoś brak, a czegoś jest więcej” – przekonywał Korczak. I dodawał: „Dziecko nie może myśleć ‘jak dorosły’, ale może dziecięco zastanawiać się nad poważnymi zagadnieniami dorosłych”. Dzieciom trzeba zrobić miejsce, budować odpowiednie warunki do rozwoju w rodzinie, w szkole, w środowisku lokalnym, społeczeństwie. Trzeba im także „dać prawo do wypowiedzenia swych myśli, czynnego udziału w naszych o nich rozważaniach i wyrokach”. Chciałbym, aby ten głos dziecka w rodzinie, w szkole, w szpitalu, w sądzie oraz w każdym innym miejscu był współczesnie głosem respektowanym – słuchanym i szanowanym. Dzieci mają wiele do powiedzenia o sobie, o nas i o naszym wspólnym dziecięco-dorosłym świecie.



JANUSZ KORCZAK

– lekarz, pedagog, społecznik.

Wspomnienie w 70. rocznicę śmierci.

dr n. med. ANNA CISIŃSKA

„Nie ma dzieci – są ludzie; ale o innej skali pojęć, innym zasobie doświadczenia, innych popędach, innej grze uczuć”

Rok 2012, ogłoszony przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej rokiem Janusza Korczaka dla upamiętnienia tej wybitnej w dziejach polskiej pedagogiki społecznej postaci, skłania do przypomnienia pewnych myśli z niezwykle bogatego dorobku znamienitego pedagoga, pediatry, pisarza oraz światowej sławy prekursora działań na rzecz praw dziecka. Rzecznik Praw Dziecka Marek Michalak – inicjator obchodów – uzasadniał: „Powinniśmy pamiętać, że Stary Doktor, jak nazywano Korczaka, był jednym z pierwszych głosicieli prawdy o tym, że dziecko jest autonomiczną osobą, która posiada własną godność, zainteresowania, potrzeby i prawa”. Szczegółowe omówienie biografii, dorobku naukowego i zawodowego J. Korczaka jest możliwe w ramach zdecydowanie obszernej monografii, dlatego niniejszy tekst stanowi jedynie próbę zarysu sylwetki tej niezwyklej postaci, wielce zasłużonej dla pedagogiki społecznej w Polsce.

Janusz Korczak, a właściwie Henryk Goldszmit, urodził się 22 lipca 1878 r. (według innych źródeł w 1879 r.) w Warszawie. Jego rodzicami byli Józef Goldszmit i Cecylia z Gębickich. Była to spolonizowana rodzina żydowska, od dawna zakorzeniona w polskiej kulturze i tradycji. W aspekcie społecznym Goldszmitowie przynależeli do inteligencji; Józef był znanym i cenionym w Warszawie adwokatem. Rodzina mieszkała w eleganckiej części miasta, żyła dostatnio, dysponowała służbą, a styl życia, właściwy statusowi społecznemu, cechowała troska o staranną edukację i rozwój kulturalny.

Po ukończeniu prywatnej szkoły elementarnej Augustyna Szmury w Warszawie Janusz kontynuował naukę w ośmioklasowym państwowym gimnazjum filologicznym na Pradze. Już wówczas, jak później wspominał, frapowała go tematyka wychowania i los dzieci z ubogich rodzin, które każdego dnia spotykał. Doświadczał też metod wychowawczych, które z perspektywy czasu oceniał krytycznie i dostrzegał ich negatywny wpływ na psychikę.

Kiedy Janusz miał dwanaście lat, zmarł jego ojciec. Niebawem sytuacja materialna rodziny zaczęła się pogarszać. Janusz mimo młodego wieku, w poczuciu odpowiedzialności za rodzinne finanse, zajął się udzielaniem korepetycji. Zaangażował się też w pracę społeczną, głównie w czytelnicy Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności. Dzięki temu zaczął poznawać realia ekonomiczne i społeczne ówczesnej Warszawy. Przedwczesna jak na wiek dojrzałość owocowała wnikliwymi obserwacjami trudnych warunków życia i smutnymi wnioskami. Już na tym etapie życia Janusz Korczak ukierunkował swoje zainteresowania, instynkt społecznikowski i wybór zawodu – aby służyć potrzebującym.

W 1898 r. J. Korczak rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, kontynuując poniekąd tradycję rodzinną (obaj jego dziadkowie byli chirurgami). Tkwiał w przekonaniu, iż najwłaściwszą formą służby społeczeństwu i pomocy drugiemu człowiekowi jest praca lekarza: „Marzenie naczelné wśród wielu, wśród wielu dziesiątków... ja lekarz w tamtym małym miasteczku...”.

W czasie studiów poszerzał swoje zainteresowania naukowe i społeczne, o czym świadczy fakt, że w 1901 r. opublikował na łamach „Przeglądu Pedagogicznego” pierwszy artykuł (poświęcony tematyce okresu dojrzewania). Był niezwykle zaangażowanym społecznikiem. Prowadził szeroką akcję odczytową, obejmującą zagadnienia z dziedziny pediatrii i organizacyjno-społeczne (m.in.

Dziecko ma prawo do:

- ✓ miłości
- ✓ szacunku
- ✓ stanowienia o sobie
- ✓ dialogu z dorosłymi

w Stowarzyszeniu Akuszerok, w Związku Młodzieży). Należał do wielu organizacji m.in. Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego (1902 r.), Towarzystwa Kolonii Letnich (1900–1915), Towarzystwa „Pomoc dla Sierot” (1908 r.), Komisji Budowy Domu Sierot (od 1910 r.), współpracował z Oddziałem Towarzystwa Kultury Polskiej. Poza tym w latach 1904–1907 pełnił rolę wychowawcy na koloniach dla chłopców żydowskich (Michałówka) i 1908 r. dla chłopców chrześcijańskich (Wilhelmówka). Był również uczestnikiem podczas posiedzeń Towarzystwa Higienicznego i kolejnych Zjazdów Lekarskich. Często odwiedzał oddziały dziecięce szpitali oraz domy dziecka.

W 1905 r. uzyskał dyplom lekarza, a następnie rozpoczął pracę w szpitalu dla dzieci im. Bersonów i Baumanów w Warszawie. Nie tylko praca zawodowa wiązała go z tym miejscem; na terenie szpitala miał swoje służbowe mieszkanie. Poza tym prowadził prywatną praktykę lekarską, a pozyskane z niej fundusze wydawał głównie na zakup lekarstw dla najuboższych dzieci. Pomagał też materialnie swojej matce do czasu jej śmierci w 1920 r. Bardzo przeżył stratę najbliższej osoby, a nawet czuł się winny z powodu okoliczności jej śmierci: zaraziła się tyfusem płamistym podczas sprawowania opieki nad chorym synem. Załamany sytuacją myślał o samobójstwie. Jak pisał później „...z rodziny została mi tylko siostra” (Anna Lui z wykształcenia filolog języka francuskiego, tłumaczka).

W 1905 r. Janusz Korczak powołany został na front dalekowschodni i uczestniczył w wojnie rosyjsko-japońskiej, gdzie pełnił rolę starszego lekarza pociągu sanitarnego. W latach 1907–1911 podnosił swoje kwalifikacje zawodowe, odwiedzając szpitale w Berlinie, Paryżu, Londynie. Cały czas pracował nad metodami wychowawczymi, technikami organizacji życia w internatach, sierocińcach, był prelegentem podczas wykładów dla akuszerok, pielęgniarek, matek oraz pracowników zakładów opiekuńczych. Ponownie został zmobilizowany do służby wojskowej

w latach 1914–1918 na froncie ukraińskim. Pełnił tam rolę młodszego ordynatora szpitala dywizyjnego.

Objęcie kierownictwa w Domu Sierot (1912 r.) przy ul. Krochmalnej 92 w Warszawie zapoczątkowało nowy etap działalności medycznej J. Korczaka. Celem powstałej placówki według pediatry było poznanie procesu rozwojowego dziecka w aspekcie fizycznym i psychicznym, zbadanie wpływu życia zbiorowego na kształtowanie osobowości jednostki oraz zdiagnozowanie przyczyn nieprawidłowego funkcjonowania dotychczas istniejących instytucji. Doktor zaopiekował się dziećmi zdemoralizowanymi, chorymi genetycznie, trudnymi do socjalizacji. Dzięki wprowadzonym nowatorskim metodom wychowawczym, właściwie przygotował podopiecznych do egzystencji w środowisku domowym.

Janusz Korczak wielokrotnie stawał w obronie poszanowania praw dziecka, co w czasach jemu współczesnych było zjawiskiem zupełnie nowym i na ogół niezrozumianym. Uświadamiał społeczeństwo, że dziecko ma prawo do miłości, szacunku, stanowienia o sobie, dialogu z dorosłymi. W Korczakowskich prawach dziecka mieścił się szacunek dla niewiedzy, dla niepowodzeń i łez, dla dziecięcej niepowtarzalności, dla tego, by dziecko było kim jest. Podkreślał, że dziecko nie może być traktowane jak przedmiot. Uważał, że dzieciom należą się prawa człowieka i dlatego powtarzał: „...dzieci nie dopiero będą, ale są już ludźmi, tak ludźmi a nie lalkami; można przemówić do ich rozumu odpowiedzą nam, przemówimy do serca, odczuwają nas. Dzieci są ludźmi, w duszy ich są zarodki tych wszystkich myśli i uczuć, które my posiadamy”.

Jako obrońca praw dzieci był przeciwny nieodpowiedniej postawie opiekunów. Popularyzował poglądy, że każdemu dziecku należy się godny szacunek, swoboda oraz prawo do radości i smutku. Przestrzegał przed lekceważeniem sfery uczuciowej młodego człowieka. Sceptycznie odnosił się do rodziców, dla których wychowanie wiązało się tylko z zaspakajaniem potrzeb fizjologicznych dziecka.

Kierowany przez siebie ośrodek starał się organizować zgodnie z najnowszymi trendami w światowej pedagogice. Preferowanym przez doktora sposobem unikania nieporozumień z podopiecznymi było informowanie dzieci w zakresie regulaminu. W centralnym miejscu polecił umieścić tablicę z zarządzeniami, zawiadomieniami oraz ogłoszeniami. Obok aktualnych wiadomości zestawiał tygodniowe krzywe wagi i wzrostu dzieci. Poglądy doktora były sprzeczne z dotychczasową, tradycyjną „szkołą wychowania” nakazującą bezwzględne podporządkowanie młodego pokolenia starszemu. Był przeciwny dyscyplinie i przymusowi.

Obok pracy lekarskiej i zainteresowań pedagogicznych Janusz Korczak wiele czasu poświęcał na jeszcze jedną pasję – książki, która z czasem przerodziła się w pisarstwo, nacechowane niezwykłym kunsztem i oryginalnością.

Jego debiut literacki – „Dzieci ulicy” (1901 r.) opowiada o przeżyciach i rozterkach dzieciństwa, dając wstęp do swoistej psychoanalizy umysłu dziecka. Kolejna powieść – „Dziecko salonu” (1906 r.) to krytyka tradycyjnego modelu mieszczańskiej rodziny i jej metod wychowawczych. Przyczyniła się ona do międzynarodowego rozgłosu autora. W latach 1910–1911 powstały książki „Jaśki, Mośki i Srule” oraz „Józki, Jaśki, i Franki” – zbiory reportaży literackich z pobytu autora na koloniach letnich. „Sława” (1912 r.) także została poświęcona tematowi losu dziecka: opowiada o dzieciach warszawskiego proletariatu. W okresie pracy w Domu Sierot powstał „Feralny tydzień” (1914 r.) – przejmująca wizja smutku i bezradności miernie uzdolnionego dziecka w rosyjskiej szkole i w mieszczańskim domu. Kolejnym dziełem, tym razem już noszącym znamiona opracowania z zakresu pedagogiki, była książka „Jak kochać dziecko” (1920–1921), w której Janusz Korczak wyłożył zasady wychowania dziecka. Okoliczności powstania książki określił w następujący sposób: „Pisałem tę książkę w lazarecie polowym, pod huk armat, w czasie wojny”. W 1926 r. powstaje znakomita, pełna humoru powieść, opowiadająca perypetie amerykańskiego chłopca „Bankructwo małego Dżeka”. Sam autor żartobliwie pisze o niej „powieść amerykańska i finansowa”. Dwa lata później powstała najświetniejsza książka Korczaka – „Król Maciuś Pierwszy”, niebawem inscenizowana jako przedstawienie teatralne i widowisko baletowe. O wyjątkowości tego dzieła, w gruncie rzeczy – filozoficznej powiastki o trudach bycia dzieckiem w świecie „dorosłych”, świadczy fakt, że sięgają po nią po dzień dzisiejszy nie tylko dzieci, ale i dorośli czytelnicy. W kolejnych latach ukazały się: „Prawo dziecka do szacunku” (1929 r.), „Prawidła życia” (1930 r.), „Król Maciuś na wyspie bezludnej” (1931 r.), „Kajtuś Czarodziej” (1934 r.), „Uparty chłopiec” (1937 r.), „Pedagogika żartobliwa” (1939 r.). Ostatnim utworem napisanym przez autora w warszawskim getcie tuż przed śmiercią był „Pamiętnik” (1942 r.), który kończy się na dacie 4 sierpnia, a więc w przeddzień wywiezienia pensjonariuszy Domu Sierot wraz z wychowawcą do Treblinki. Znajdują się w nim nie tylko reminiscencje z życia getta, ale jest wyraźnie zaznaczona warstwa autobiograficzna, w której autor przypomina przebieg swojego życia, wraca do czasów swojego dzieciństwa i młodości. Pamięć, którą pozostawił po sobie „Stary Doktor” i jego na nowo odkrywane książki stanowią trwałe pozycje w naszym życiu społecznym i piśmiennictwie.

Dlaczego właśnie wybrał zawód lekarza, skoro miał talent pisarski? Korczak przekonująco i z właściwą sobie umiejętnością zwyciężył, lecz głębokiej intelektualnie wypowiedzi, uzasadnił, że wybór medycyny był najbardziej zgodny z pisarstwem: „Żeby być wychowawcą, trzeba być diagnostą”.

Zawód lekarza stał się impulsem, stymulatorem innych działań: „Medycynie zawdzięczam technikę badania

i dyscyplinę naukowego myślenia. [...] Medycyna pokazała mi cuda terapii i cuda wysiłków w podpatrywaniu tajemnicy natury. Dzięki niej widziałem po wielokroć, jak człowiek umiera i z jaką bezlitosną siłą, rwąc łono matki, przedziera się na świat do życia płód, dojrzały owoc, by stać się człowiekiem. Dzięki niej nauczyłem się wziąć mozolnie rozproszone szczegóły i sprzeczne objawy w logiczny obraz rozpoznania. I bogaty w doświadczoną świadomość o potęgę praw natury i geniuszu badawczej myśli ludzkiej, stałem wobec niewiadomej: dziecko”. Wszystko to służyło jednemu: poprawie losu dziecka, daniu mu tego wszystkiego, do czego ma prawo.

J. Korczak współpracował z wieloma czasopismami, w których publikował swoje teksty. Były to m.in. „Czytelnia dla Wszystkich”, „Wędrowiec”, „Głos”, „Przegląd Społeczny”, „W słońcu”, „Głos Nauczycielski”, „Opieka nad Dzieckiem”, „Szkoła Specjalna”. Stworzył też „Mały Przegląd” – nowatorskie przedsięwzięcie wydawnicze, redagowane i wydawane przez dzieci i młodzież jako cotygodniowy dodatek do „Naszego Przeglądu”. Ważnym wymiarem popularyzacji nowoczesnej pedagogiki były też stałe audycje J. Korczaka na falach Polskiego Radia, które jednak w 1936 r. zostały zdjęte z anteny; było to smutne pokłosie wzrostu nastrojów antysemitycznych w Polsce. Warto pamiętać też o działalności pedagogicznej – J. Korczak uczył przyszłych pedagogów m.in. w warszawskiej Wolnej Wszechnicy Polskiej.

Ostatnie lata życia doktora przypadły na dramatyczny okres II wojny światowej i okupacji. J. Korczak z własnego wyboru pozostał opiekunem dzieci w Domu Sierot, który znalazł się na terenie utworzonego przez hitlerowców getta. W 1942 r. nastąpiła likwidacja getta, skazująca jego mieszkańców na okrutną eksterminację w obozach zagłady. Kiedy „ewakuacja” objęła Dom Sierot, J. Korczak wraz ze swoimi podopiecznymi udał się w ostatnią drogę, która wiodła do obozu koncentracyjnego w Treblince. Działo się to – według różnych przekazów – 6 lub 7 sierpnia 1942 r. Wybór ten, nieskończenie heroiczny, był dobrowolny. J. Korczak w odróżnieniu od dzieci, niosących ulubione książki i zabawki, zdawał sobie sprawę z tego, co ma się wydarzyć, ale pozostał do końca wierny swojemu powołaniu.

Pamięć o Januszu Korczaku wraz z upływem lat zdaje się coraz bardziej zacierać w świadomości społecznej. Choć ta niezwykle postać uchodzi za jednego z prekursorów nowoczesnej myśli pedagogicznej na ziemiach polskich, wiedza ta jest głównie domeną ekspertów, tymczasem może być dla wszystkich skarbnicą mądrego wychowania dziecka – najważniejszej inwestycji, jaką można sobie wyobrazić.

dr n. med. Anna Cisińska
Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania
w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Światowy Tydzień Karmienia Piersią (1-7 sierpnia)

mgr IRENA RYCHTA

Mimo postępu cywilizacji i coraz nowocześniejszych technologii, w tym również w zakresie produkcji odżywek dla niemowląt, karmienie piersią pozostaje nadal „Złotym Standardem”.



Światowe Tygodnie Promocji Karmienia Piersią (World Breastfeeding Week, WBW) organizowane są na świecie od roku 1990. Inicjatorem jest międzynarodowa organizacja WABA (World Alliance Breastfeeding Action, www.waba.org.my), której pragnieniem jest, aby upowszechnić karmienie piersią. Obecnie tydzień ten obchodzony jest w około 120 krajach zarówno przez pracowników służby zdrowia, media, a także matki karmiące. Ten szczególny tydzień rozpoczyna się 1 sierpnia i upamiętnia 01.08.1990 roku jako datę podpisania Deklaracji Innocenti; Florencja – w sprawie „Ochrony, Propagowania i Wspierania Karmienia Piersią”. W Polsce od 2000 roku, ze względu na zbieżność Światowego Tygodnia z narodowymi rocznicami (1 sierpnia), obchodzony jest Polski Tydzień Promocji Karmienia Piersią pomiędzy Dniem Matki 26 maja a Dniem Dziecka 1 czerwca.

W tym czasie WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) apeluje w instytucjach związanych ze zdrowiem o wprowadzanie 10 kroków, które pomogą karmić piersią. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) powtarza swój apel do instytucji związanych ze zdrowiem i pracowników ochrony zdrowia o wprowadzenie 10 kroków, które pomogą matkom karmić piersią. „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią” to oficjalna nazwa swoistego kodeksu postępowania, który ma ułatwić, a często nawet umożliwić matkom karmienie dziecka piersią, dzięki czemu zapewniony będzie prawidłowy sposób żywienia dzieci. 10 Kroków to działanie podjęte w ramach ogólnoświatowej inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” wdrożonej przez WHO oraz UNICEF (Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci). Akcja ta wymaga często dogłębnych zmian systemowych na oddziałach położniczo-noworodkowych w szpitalach, jednak jej efektem jest poprawa warunków samego porodu,

jak i następnie opieki nad noworodkami i ich matkami. W ramach prowadzonej akcji „Szpital Przyjazny Dziecku” najważniejszym ogniwem jest personel szpitala, który bezwzględnie musi zostać przeszkolony zgodnie z nowoczesnymi zasadami opieki położniczo-noworodkowej, które wymagają poszanowania godności i praw kobiet.

Od kwietnia 2011 roku wszystkie placówki medyczne, gdzie pacjentem jest matka i jej nowo narodzone dziecko zobowiązane są do realizowania najnowszego standardu postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej. Dzięki zintegrowaniu 10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią z obowiązującymi standardami opieki okołoporodowej wszystkie szpitale położnicze są zobowiązane do bycia przyjaznym dziecku, czyli do podjęcia działań na rzecz ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią. Skuteczne wsparcie kobiet karmiących piersią przez personel medyczny jest możliwe tylko wtedy, jeśli opiera się na rzetelnej, aktualnej wiedzy medycznej i umiejętnościach praktycznych. Praktyki szpitalne, sposób sprawowania opieki okołoporodowej są jednym z najważniejszych czynników składających się na sukces bądź niepowodzenie w karmieniu naturalnym. Szczególna rola opieki okołoporodowej w ochronie, wspieraniu i propagowaniu karmienia piersią została zaprezentowana w 1989 roku we wspólnym stanowisku WHO i UNICEF, jako inicjatywa „Szpital przyjazny dziecku”. Wdrażanie ww. inicjatywy odbywało się początkowo w ramach programu rządowego, następnie pozostało w gestii Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią. W Polsce jest obecnie 89 szpitali odznaczonych tytułem „Szpitala przyjaznego dziecku”, w tym jeden szpital położniczy na terenie Łodzi.

Dane ogólnopolskiego przeglądu opieki okołoporodowej (1995 rok) wskazują, że czynnikami najbardziej

zaburzającymi przebieg karmienia naturalnego są: cięcie cesarskie, opóźnienie pierwszego karmienia, oddzielenie noworodka od matki na czas dłuższy niż 1 godzina, a nawet 24 godziny.

Każdy szpital chcący zagwarantować prawidłową realizację pierwszego kontaktu matki z dzieckiem po porodzie, czyli praktyki, która wydaje się być najważniejszą dla udanego karmienia piersią, musi stworzyć niżej wymienione równie ważne warunki szpitalne. Należą do nich m.in.:

- warunki lokalowe pozwalające na bezpieczne pozostawienie matki i dziecka w łóżku porodowym przez zalecany czas;
- zapewnienie właściwej ilości i jakości okryć służących do kangurowania noworodka;
- teoretyczne i praktyczne przeszkolenie personelu by rozumiał zasadność kontaktu „skóra do skóry”, potrafił pomóc matce w rozpoczęciu poprawnego karmienia piersią i bezpodstawnie nie przerywał tego karmienia;
- odpowiednia organizacja pracy personelu zapewniająca stały nadzór nad matką i dzieckiem, gwarantująca wysoką jakość usług;
- uzgodnienie zasad postępowania, zadań i zakresu odpowiedzialności przedstawicieli poszczególnych grup zawodowych w realizacji pierwszego kontaktu;
- opracowanie wzorów dokumentacji medycznej uwzględniających monitorowanie przebiegu omawianych procedur;
- wyznaczenie osób odpowiedzialnych za kontrolowanie prawidłowości realizacji procedur.

Dlatego tak bardzo zależy nam na upowszechnianiu wiedzy na temat dobroczynnego, profilaktycznego i leczniczego działania mleka kobiecego?

Mimo postępu cywilizacji i coraz nowocześniejszych technologii, w tym również w zakresie produkcji odżywek dla niemowląt, karmienie piersią pozostaje nadal „Złotym Standardem”. W ostatnich latach dużo mówi się na temat walorów pokarmu kobiecego dla zdrowia dziecka urodzonego przedwcześnie, czy też chorego. Zaskutkowało to odradzaniem się na nowo instytucji banków mleka, laktariów. Między innymi pierwsza taka nowoczesna placówka została uroczyście otwarta w marcu 2012 roku w szpitalu w Warszawie.

Przeprowadzone w 1997 roku ogólnopolskie badania obejmujące 14 116 matek wskazywały, że karmienie piersią: rozpoczyna aż 92 proc. matek, w 3 miesiącu życia karmi piersią 37,1 proc. matek, w 6 miesiącu życia karmi piersią 8,5 proc. matek.

Nie posiadamy ogólnopolskich badań statystycznych z późniejszego okresu. W okresie od stycznia do końca lutego 2011 roku wśród kobiet będących pacjentkami w Poradni Ginekologicznej Szpitala Medeor Plus w Łodzi, przeprowadziłam badania anonimowe, autorskim kwestionariuszem ankiety, zawierającym 22 pytania. W badaniu wzięło udział 100 kobiet, które urodziły

dzieci w przedziale od 01.01.2009 do 31.12.2010 roku. Celem przeprowadzonej ankiety była chęć uzyskania wiedzy na temat:

- Jaki jest procent kobiet rozpoczynających karmienie piersią?
 - Jak długo matki karmiły dzieci wyłącznie piersią?
 - Jaki jest najczęstszy powód dokarmiania mlekiem modyfikowanym?
 - Czy istnieje potrzeba szerszego wsparcia matki (rodziny) we wczesnym okresie poporodowym (doradca/konsultant laktacyjny) ?
 - Czy opieka personelu medycznego w Szpitalu po porodzie jest wystarczająca?
- Ocena poziomu satysfakcji kobiet z opieki medycznej w okresie przebywania w Placówce Szpitalnej.
- Spośród całej grupy ankietowanych kobiet 11 nie podjęło karmienia piersią;
- Wnioski - Z mojej grupy badanych kobiet karmienie wyłącznie piersią:
- rozpoczęło 88 proc. ankietowanych.
 - w 3 miesiącu życia karmi wyłącznie piersią 76 proc. kobiet;
 - w 6 miesiącu życia karmi wyłącznie piersią 62 proc. kobiet;
 - do 12 miesiąca życia karmi 35 proc. kobiet;
 - powyżej 12 miesiąca życia karmi 15 proc. kobiet.
- Najczęstszym powodem dokarmiania było:
- konieczność powrotu do pracy – 41,05 proc.;
 - mała ilość pokarmu – 18,95 proc.;
 - brak pokarmu we wczesnym okresie poporodowym – 13,68 proc.;
 - płacliwość dziecka – nie najadało się – 12,62 proc.;
 - trudności z dostawianiem dziecka do piersi – 5,26 proc.;
 - zapalenie piersi – 5,26 proc.;
 - bolesność piersi, uszkodzenie brodawek – 3,16 proc.

Matki, które urodziły dzieci mówią: „TAK” – istnieje potrzeba dalszego, szerszego wsparcia dla rodziny w okresie poporodowym.

„Aby kobiety chciały karmić piersią potrzebna jest szeroko pojęta promocja, obejmująca zarówno edukację matek jak i zwyczajne tworzenie pozytywnej atmosfery wokół karmienia naturalnego. Aby karmienie piersią rozpoczęło się i przebiegło prawidłowo potrzebna jest wiedza i umiejętności personelu medycznego oraz organizacja opieki nad matką i dzieckiem sprzyjająca laktacji”. (Karmienie piersią bez barier., lek. Magdalena Nering-Gugulska).

Irena Rychta – mgr położnictwa
Międzynarodowy Certyfikowany
Konsultant Laktacyjny IBCLC,
Trener Centrum Nauki o Laktacji w Warszawie

Komunikacja prenatalna.

Inne spojrzenie

dr n med. AGNIESZKA KOTARBA

Dziecko jeszcze przed urodzeniem jest osobą pozostającą w relacji z innymi osobami. Może odbierać komunikaty kierowane do niego przez innych oraz reagować na nie w swoisty dla siebie sposób.

Psychologia prenatalna akcentuje, że dziecko jeszcze przed urodzeniem jest osobą pozostającą w relacji z innymi osobami. Może odbierać komunikaty kierowane do niego przez innych oraz reagować na nie w swoisty dla siebie sposób. Cykl życia jest jednością. Różne są tylko etapy rozwoju. Wszystko co następuje dalej po poczęciu, to kontynuacja linii tego samego życia, zmieniającego jedynie swoją formę, ale nie istotę (właściciel – podmiot tego życia jest ten sam). Te wczesne etapy rozwoju stanowią bazę dla kształtowania kompetencji poznawczych i społecznych człowieka. Uznanie jeszcze przed urodzeniem odrębności dziecka i umiejętność komunikowania się z nim jest wstępnym warunkiem rozpoznawania i zaspokajania jego potrzeb po urodzeniu.

Warto spojrzeć na komunikację prenatalną również z perspektywy wczesnej opieki na oddziałach pediatrycznych. Psychologowie podkreślają, że do 6 miesiąca życia cechy funkcjonowania dziecka i parametry biochemiczne są takie same jak w okresie płodowym. Z pewnym uproszczeniem można przyjąć, że dobrostan noworodka i niemowlęcia wymaga tych samych zachowań ze strony jego otoczenia co dobrostan dziecka prenatalnego. Sądzę, że wykorzystywanie elementów komunikacji prenatalnej w organizacji pracy oddziału pediatrycznego może przyczynić się również do większej satysfakcji z tej opieki.

Przebywających na oddziałach rodziców warto uwrażliwić nie tylko na konieczność stałego, powtarzalnego reagowania na potrzeby dziecka ale również na

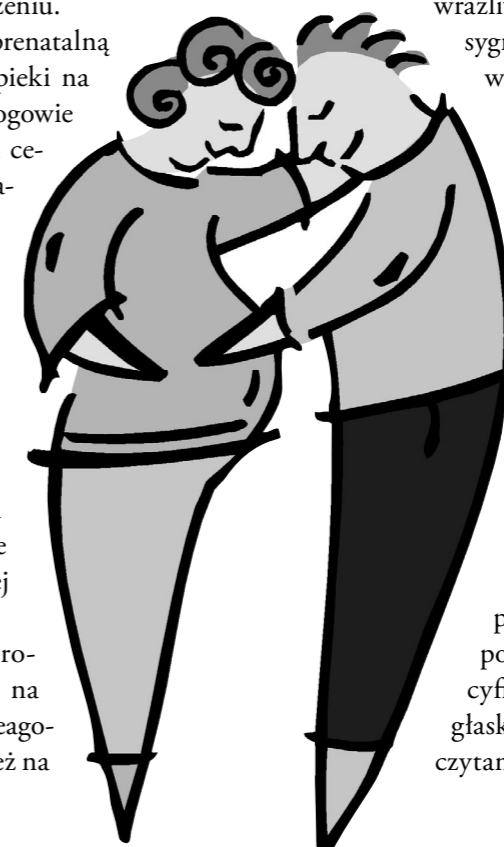
komunikację z nim. Ukierunkowanie aktywności może sprzyjać odzyskiwaniu przez rodziców poczucia kontroli nad własnym życiem.

Komunikacja prenatalna

Komunikacja prenatalna ma dwie zasadnicze formy. Pierwszą z nich jest reagowanie na kontakt inicjowany przez dziecko. Matka przez odbiór jego ruchów stara się zrozumieć czego ono potrzebuje i w odpowiedzi na jego zachowanie może np. zjeść coś, zmienić pozycję ciała itp. W okresie noworodkowym i niemowlęcym również

istotną rolą opiekuna jest skierowanie swojej wrażliwości na dziecko i skupianie się na sygnałach od niego płynących. Bardzo ważne jest, aby zachowania matki i innych osób były adekwatne do potrzeb dziecka i powtarzały się za każdym (lub prawie każdym razem) gdy dziecko sygnalizuje dyskomfort. Tylko dzięki wielokrotnym powtórzeniom tego samego schematu: dyskomfort – ukojenie (harmonijna rutyna), dziecko nabierze pewności, że jego potrzeby są ważne a otaczający świat przyjazny.

Drugą formą jest inicjowanie kontaktu przez matkę, ojca i inne osoby z otoczenia dziecka przez pozytywne myślenie o nim, chęć poznania jego potrzeb oraz inne specyficzne formy aktywności, takie jak: głaskanie brzucha, puszczenie muzyki, czytanie bajek i śpiewanie kołysanek.



Warto wiedzieć, że dzieci reagują na muzykę w zróżnicowany sposób, zależnie od jej natężenia i rytmu. Dzieci wolą słuchać tonów działających rozluźniająco, np. fragmentów z muzyki Vivaldiego i Mozarta, niż tych, które wprowadzają niepokój, np. Beethovena, Bramsa. Szczególnie zaś lubią muzykę, której rytm jest zgodny z biciem serca człowieka dorosłego w trakcie odpoczynku. Ponieważ zdolność dziecka do odbioru dźwięków o niskich częstotliwościach rozwija się szybciej, dźwięki: fagotu, wiolonczeli, kontrabasu i fletu są dobrze odbierane i mogą być stosowane w tzw. muzykoterapii przed i pourodzeniowej.

Ciągłość rozwoju

Ważna dla komunikacji prenatalnej jest świadomość ciągłości rozwoju prenatalnego. Okres rozwoju prenatalnego stanowi integralną część naszego życia. Doświadczenia tego okresu wpływają na to, jak później spostrzegamy świat. W okresie ostatnich trzech miesięcy przed urodzeniem dziecko ma już zdolność uczenia się i zapamiętywania, tj. przechowywania informacji. Zapamiętywanie doświadczeń prenatalnych obejmuje wszystkie modalności:

Zmysł równowagi: pamięć prenatalnego okresu życia dotyczy poziomu mięśniowego, czego dowodem jest przyjmowanie pozycji płodowej zaraz po urodzeniu, a w późniejszym życiu pozycja ta przynosi rozluźnienie podczas snu i w chwilach stresu.

Do tego dochodzi jeszcze pamięć rytmicznego kołysania ciała, stąd relaksujące i usypiające działanie kołyski, huśtawki, hamaka, bujanego fotela, pociągu. Dzieci kołysane po urodzeniu lepiej radzą sobie z adaptacją do życia poza organizmem matki i lepiej rozwijają się pod względem fizycznym i psychicznym. O ważności kołysania świadczą opóźnienia w rozwoju ruchowym spotykane u dzieci, których matki przez dłuższy czas były unieruchomione w łóżku albo u dzieci wcześniaczych.

Zmysł smaku i węchu. Już w piątym miesiącu życia płodowego kubki smakowe są chemicznie aktywne, dlatego intensywność połykania wód płodowych zależy również od ich smaku. Im bardziej słodkie tym wolniej je połyka, dokładnie je smakuje, a przy tym jego serce bije szybciej. Smak: gorzki, słony i kwaśny hamuje połykanie. Dziecko rodzi się ze zdolnością do odróżniania zapachów przyjemnych (wanilia, truskawki) od nieprzyjemnych (amoniak, czosnek, ocet). Doznania węchowe i zapachowe są pamiętane po urodzeniu. Dzięki nim noworodek niedługo po urodzeniu rozpoznaje matkę po zapachu i wykazuje preferencje dla smaku jej mleka. Stąd kojąco wpływa „obecność” w łóżeczku zapachu matki np. w postaci jej koszuli do karmienia.

Zmysł wzroku. Dziecko rozwija się w mroku i zachowuje pamięć tego doświadczenia wzrokowego, na co wskazuje tendencja do przyćmienia światła, gdy chcemy odpocząć,

czuć się przytulnie i bezpiecznie. Przy obecnym stanie wiedzy wydaje się, że wzrok znacznie mniej niż słuch bierze udział w strukturalizacji mózgu przed urodzeniem. Dlatego noworodek niewidomy wykazuje mniejsze opóźnienie rozwojowe niż noworodek głuchy.

Zmysł słuchu. Dziecko rejestruje w pamięci głos matki, jej głos przedkłada nad głos innych osób. Przeprowadzono ciekawe badanie dokumentujące pamięć prenatalnych doświadczeń słuchowych. W 12 godzin po urodzeniu noworodki ssaty smoczek podłączony do słuchawki, przez którą mogły odebrać głos matki lub innej kobiety. Dzieci bardzo szybko uczyły się takiego sposobu ssania, który umożliwiał im słuchanie głosu matki. Dzieci w środowisku dwujęzycznym szybciej uczą się tego języka, którym matka mówiła w czasie ciąży. Cechy płaczu każdego noworodka są tak niepowtarzalne jak linie papilarne, ale głos noworodka jest podobny pod względem intonacji, rytmu i innych cech do mowy jego matki. Jeśli przed urodzeniem dzieci pozbawione są naturalnej stymulacji dźwiękowej, to po urodzeniu takie dziecko mało płacze i słabo wokalizuje.

W zakresie muzyki, najlepsze efekty przynosi muzyka klasyczna, ponieważ normalizuje pracę serca i fal mózgowych (np. Bacha, Mozarta, Schumana, Czajkowskiego, Vivaldiego). W badaniach odnotowano szczególną preferencję dzieci do słuchania muzyki o stałym rytmie i tempie zbliżonym do częstotliwości uderzeń serca człowieka dorosłego w stanie spoczynku! W szpitalu św. Józefa w Mansfield (USA) na oddziale intensywnej terapii dla noworodków zastosowano taśmę magnetofonową z muzyką, której rytm był zgodny z uderzeniami serca człowieka dorosłego w czasie odpoczynku. Muzyki tej regularnie słuchały noworodki z trudnościami oddechowymi. Odnotowano u nich wyraźną poprawę w utrzymaniu regularnego oddechu i równowagi tlenowo-węglowej. Podobne pozytywne zmiany zauważono w zachowaniu noworodków, których rodzice zgodzili się na uczestniczenie w programie muzycznej terapii i nagrali swój głos na taśmę magnetofonową. Głos przemawiający do dziecka, czytający mu bajki i śpiewający odtwarzano noworodkom z maleńkich magnetofonów umieszczonych w inkubatorach. Dzieci te lepiej pokonywały trudności okresu wcześniaczego niż te, których nie poddano takiej terapii.

W zakończeniu jeszcze raz pragnę zachęcić do innego, szerszego spojrzenia na komunikację prenatalną i wykorzystywania jej elementów w opiece nad noworodkami i niemowlętami. Jak to trafnie zauważył jeden z czołowych przedstawicieli psychoanalizy dziecięcej Donald Winnicott: *...Chcę wrócić teraz do początków życia dziecka, bo te późniejsze sprawy są łatwe, jeśli udany jest początek...* (Winnicott, 2010).

dr n. med. Agnieszka Kotarba
Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie
Katedry Nauczania Pielęgniarstwa UM w Łodzi

Wady wrodzone płodu – problem globalny

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

Walka o życie pacjenta zaczyna się przed jego narodzeniem

prof. dr n. med.
Maria Respondek-Liberska

Wrodzone wady rozwojowe płodu, mimo znaczącego rozwoju perinatologii, jaki dokonuje się w ostatnich latach, nadal stanowią istotny problem medyczny i społeczny. W skali globalnej to problem, który dotyczy 13 mln dzieci. W Polsce każdego roku przychodzi na świat ponad 7 tysięcy dzieci z wadami. Powstają one między 4–6 tygodniem życia płodowego, wiele z nich nie daje objawów w czasie ciąży i porodu. Częstość występowania wad wrodzonych w populacji ogólnej szacuje się na około 2–4 proc., z tego najczęściej to wady serca. Wady rozwojowe płodu zarówno w Stanach Zjednoczonych jak i w Polsce stanowią pierwszą co do częstości przyczynę zgonów noworodków. Embriogeneza i organogeneza są skomplikowanymi procesami, których prawidłowy przebieg zależy od regulowanej ekspresji różnych genów. Zakłócenie tego złożonego procesu prowadzi do wystąpienia wad wrodzonych.

Wadą wrodzoną określa się trwałe uszkodzenie dotyczące budowy anatomicznej lub funkcji narządu, do którego doszło w okresie prenatalnym, a które zostało rozpoznane na dowolnym etapie życia. Równoczesne



Twarz płodu w badaniu USG w 3D (39 tydzień ciąży) ze zbiorów ZDiPWW ICZMP & UM



Obraz płodu w USG w czasie badania 4D ze zbiorów ZDiPWW & ICZMP (utrwalony w postaci zdjęcia 3D)

występowanie kilku wad to zespół (syndrom) wad, embriopatia bądź fetopatia (np. zespół Downa, płodowy zespół alkoholowy, embriopatia talidomidowa, fetopatia różyczkowa). Skutkiem uszkodzenia we wczesnym okresie życia płodowego może być śmierć zarodka lub płodu bądź ogólne opóźnienie rozwoju wewnątrzmacicznego.

Obecnie coraz większą rolę przypisuje się wczesnemu, przedurodzeniowemu wykrywaniu wad rozwojowych, ponieważ nieleczone mogą być przyczyną nieodwracalnych zmian narządowych uniemożliwiających prawidłowe funkcjonowanie organizmu, nierzadko współistniejących z niepełnosprawnością intelektualną (u 32–56 proc. dzieci). Diagnostyka prenatalna to dziedzina interdyscyplinarna perinatologii, to walka o rozwijające się życie w łonie matki, a podstawową rolę w diagnozowaniu wad płodu odgrywają badania skринingowe USG wykonywane rutynowo w 10, 20 i 32 tygodniu ciąży oraz biochemiczne testy przesiewowe: PAPP-A, test podwójny, potrójny, AFP, HCG, uE3, ACHE. Na ich podstawie możliwe jest określenie ryzyka urodzenia dziecka z zespołem Downa, z otwartą wadą cewy nerwowej oraz rzadszych zespołów Patau (T 13) i Edwardsa (T 18). Wady wrodzone mogą ujawniać się po kilku godzinach, dniach, miesiącach a nawet latach życia dziecka. Dalsze ich losy zależą więc od wczesnego, jeszcze w łonie matki, wykrycia i diagnostyki

ki wady oraz odpowiednio zaplanowanej opieki nad ciężarną i płodem w specjalistycznym ośrodku referencyjnym typu C>100 przypadków płodów rocznie z wadami serca (Łódź, Warszawa, Ruda Śląska).

W ubiegłym stuleciu nienarodzone dziecko pozostawało tajemnicą a wiedza o rozwoju płodu i jego nieprawidłowościach była znikoma – nieznane były jego płeć, wielkość czy stan zdrowia. Współczesna medycyna daje ogromną szansę przeżycia noworodkom, dawniej skazanym na zgon. Dopiero wprowadzenie w latach 70-tych ubiegłego wieku powszechnych badań USG spowodowało przełom w diagnostyce, później terapii wad płodu. Pierwsza wzmianka na temat nieinwazyjnych metod badań płodu ukazała się w czasopiśmie „The Lancet” z 1958 r. Ian Donald, prof. położnictwa i ginekologii, płód potraktował jako „łódź podwodną” i obejrzał go za pomocą ultradźwięków wykorzystywanych w wojsku. Embriologią zajmował się również Leonardo da Vinci, po którym do dzisiaj pozostały rysunki płodów w macicy. Wiadomo również, że dokonywał on pomiarów zarodków, prawdopodobnie na podstawie badań pośmiertnych lub własnych subiektywnych wyobrażeń. Dzisiaj tak wiele mówi się o świadomym macierzyństwie jak również o planowaniu terminu porodu. Wykonywane są zdjęcia w technice 3D/4D płodów, można powiedzieć, że są one „podglądane” w środowisku wewnątrzmacicznym przez ultrasonografistów.

Przyszłe matki w trakcie badania widzą jak ich malec się porusza, ssie swój kciuk, uśmiecha się, przeciąga się, ziewa, robi dziwne miny, czy też zasłania buzię. Zdjęcia te służą jako pamiątki z życia prenatalnego dziecka, które później umieszczane są przez rodziców w albumach lub oprawiane w ramkach. Dzięki wysokiej jakości 3D/4D można obrazować twarz płodu już od 12 tygodnia ciąży. Widać już wtedy zarys oczodołów, nosa i czoła płodu a w 3 trymestrze



Twarz płodu w 32 tygodniu ciąży w badaniu USG 3D ze zbiorów ZDiPWW ICZMP & UM



Zdjęcie zbiorów ZDiPWW ICZMP & UM



Zdjęcie zbiorów ZDiPWW ICZMP & UM

można oceniać mimikę płodu. Liderzy ultrasonografii w Europie odróżniają np. prawidłową twarz płodu od twarzy z zespołem Downa, chociaż bardziej precyzyjną diagnozę daje ocena narządów wewnętrznych (w tym głównie serca) niż ocena struktur powierzchniowych (czyli badanie 3D i 4D).

Ogłaszane są konkursy na fotografie miesiąca, które są nagradzane i publikowane na stronie internetowej www.fetalecho.pl a także wystawy. Taką niecodzienną i niespotykaną wystawę można było obejrzeć w dniach 22 czerwca – 10 lipca br. w Łódzkiej Galerii AdiArt przy ul. Piotrkowskiej 60, pt. „Sztuka Czwartego Wymiaru – fotografie prof. Marii Respondek-Liberskiej oraz lekarzy ze Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Kardiologii Prenatalnej”. Zdjęcia przedstawiały abstrakcyjne formy, z których to ostatecznie tworzy się skonkretyzowana, realna istota. Ekspozycja obrazów stworzonych przez Naturę, czyli zdjęcia z badań prenatalnych USG przeprowadzonych i zarejestrowanych na twardych dyskach komputerów w Łodzi, w Warszawie i na Śląsku, określona została jako rodzaj sztuki. Z obrazów powstałych w ICZMP w 2008 roku powstał i ukazał się również filmik „Z życia naszych pacjentów...” dostępny na YouTube. Powstał on w Zakładzie Diagnostyki i Profilaktyki Wad Wrodzonych (ZDiPWW), kierowanym przez panią prof. Marię Respondek-Liberską, lekarza pediatrę, prekursora medycyny prenatalnej w Polsce, lidera w tej dziedzinie, autorkę ponad 200 publikacji, jak również 3 pierwszych w Polsce podręczników z zakresu echokardiografii i kardiologii prenatalnej oraz „Atlasu wad serca płodu”. W wielu miejscach na świecie przeprowadzane są konsultacje na odległość on-line, czyli transmisje przekazu obrazu i fonii między ośrodkami specjalistycznymi. Lekarze uczestniczą wtedy „na żywo” w badaniu płodu w innym kraju. Czy doczekamy tego również w Polsce?

Jest to pewnego rodzaju nowość, ogromne wyzwanie dla polskiej medycyny. Badania prenatalne, budziły i budzą w Polsce wiele kontrowersji. Przerwanie ciąży, nawet w przypadku stwierdzonych wad, jest postępowaniem nasuwającym wiele wątpliwości etycznych. Splatają się tutaj wątki moralne, religijne, emocjonalne i społeczne. Niepokój matek oczekujących na wynik badania prenatalnego często nie mija nawet wtedy, kiedy uzyskują one orzeczenie o prawidłowym rozwoju płodu. W związku z powyższym, profilaktyka pierwotna wad, czyli suplementacja kwasem foliowym ma ogromne znaczenie np. w zapobieganiu powstawania wad cewy nerwowej. Matki pokładają nadzieję w medycynie jako nauce i oczekują od niej pomocy, chcą walczyć o swoje nienarodzone dziecko mimo stwierdzonej wady, na aborcję decyduje się od kilku lat nie więcej niż 5 proc. kobiet w Polsce (dane wg www.orpkp.pl).

Zarodek ludzki jest bardzo wrażliwy na działanie czynników szkodliwych. Macica, płyn owodniowy oraz system błon otaczających płód nie zabezpieczają go przed działaniem teratogenów, czyli czynników znajdujących się w środowisku zewnętrznym, które wywołują w 7–10 proc. wadę wrodzoną lub zwiększają częstotliwość jej występowania w populacji (np. promieniowanie jonizujące, silne działanie pola magnetycznego, ultradźwięki, hałas, hipertermia, warunki atmosferyczne – według badań epidemiologicznych po szczególnie mroźnych zimach zaobserwowano więcej dzieci z bezmózgowiem i rozszczepem kręgosłupa, a po upalnych latach więcej wad układu oddechowego i pokarmowego). Duże znaczenie odgrywają też czynniki infekcyjne oraz choroby, jak również leki, alkohol i narkotyki przyjmowane w trakcie trwania ciąży. Badania wykazały, że wśród osób pracujących na blokach operacyjnych stwierdzono większą ilość wad wrodzonych u potomstwa. Przyczyną mogą być zarówno preparaty znieczulające, promieniowanie jak i duże napięcie psychiczne oraz zmęczenie fizyczne związane z rodzajem wykonywanej pracy. Zwracam uwagę na to, iż najbardziej krytycznym okresem dla rozwoju np. mózgowia jest okres między 3 a 16 tygodniem ciąży. W tym czasie kobieta może w sposób nieświadomy podlegać negatywnym czynnikom zewnętrznym np. kobiety poddane wcześniej radioterapii z powodu raka szyjki macicy, nieświadome ciąży, rodziły dzieci martwe lub z ciężkimi wadami wrodzonymi. Do uszkodzenia płodu może dojść również w późniejszym okresie, gdyż tkanka nerwowa rozwija się intensywnie pod koniec ciąży i przez 2 lata po urodzeniu.

Nie wszystkie nienarodzone dzieci są zdrowe, jednak coraz więcej z nich można wyleczyć. Prawidłowo zinterpretowany obraz płodu to trudna i wielka sztuka – to wiedza, doświadczenie, fachowość i ogromne wyzwanie. Decyzje podjęte przez lekarzy jeszcze w życiu płodowym dziecka mogą korzystnie wpłynąć na jego dalszy rozwój.

Ponieważ nigdy nie ma 100 proc. pewności, że dziecko urodzi się zdrowe, dlatego tak wielką wagę stanowią słowa prof. Marii Respondek-Liberskiej: „Sprawdzajcie wszystkie ciężę! Dajcie szansę i matce i dziecku”. Jej najmłodszy pacjent to 12 tygodniowe płody. Dzięki wczesnemu rozpoznaniu wad uratowano wielu małych pacjentów. To dla matek i ich rodzin ogromne szczęście.

Skróty:

AChE – acetylocholinesteraza

AFP – alfa-fetoproteina

HCG (human chorionic gonadotropin) – gonadotropina kosmówkowa

ICZMP – Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki

MRI/NMR (magnetic resonance imaging) – magnetyczny rezonans jądrowy

OUN – ośrodkowy układ nerwowy

uE3 – niekoniugowany estriol

USG – ultrasonografia

ZDiPWW – Zakład Diagnostyki i Profilaktyki Wad Wrodzonych

UM – Uniwersytet Medyczny

Literatura:

1. Bartel H., Embriologia medyczna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009.
2. Bocian E., Mazurczak T., Badania cytogenetyczne w diagnostyce chorób genetycznie uwarunkowanych, Inst. Matki i Dz., Warszawa, 1991.
3. Brzeziński Z., Helwich E., Zapobieganie wrodzonym wadom cewy nerwowej, IMiD, Warszawa, 2000.
4. Respondek-Liberska M., Marianowski L., Zmieniające się oblicze współczesnej diagnostyki prenatalnej. *Gin. Pol.* 2003, (7),74.
5. Respondek-Liberska M., Znaczenie obrazowej diagnostyki prenatalnej. *Medycyna po dyplomie.* 2003, 3(11).
6. Szaflik K., Terapia płodu – aktualny stan wiedzy. Stanowisko ekspertów PTG, Ultrasonografia w ginekologii położnictwie, 2006, 2(3).
7. Ziomek G., Sławska H., Olejek A i wsp., Płód jako pacjent-wewnątrzmaciczne operacje przepuklin oponowo-rdzeniowych w Polsce. *Post Neonatol* 2010;16:109-16.
8. Skrzypczak J., Kornacki J., Diagnostyka wad płodu, *Terapia* 5/2003.
9. Bohosiewicz J., Postępy w diagnostyce i terapii wad płodu, *Przew. Lek.* nr 1, 2011.
10. Dangel J., Kardiologia płodu. Zasady diagnostyki i terapii., Poznań, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, 2007
11. Wielgoś M., Bomba D., Postępowanie w wybranych wadach rozwojowych 1płodu, *Nowa Medycyna*, (6/99).
12. Echo Płodu – Polska Kardiologia Prenatalna 1(3)2012.

Zdjęcia ze zbiorów ZDiPWW, dzięki uprzejmości prof. dr n. med. Marii Respondek-Liberskiej

mgr Elżbieta Janiszewska
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, Instytut CZMP w Łodzi

Zatrucia muchomorem sromotnikowym

mgr MARTA SWARZYŃSKA

W muchomorze sromotnikowym wykryto dwa rodzaje trujących związków polipeptydowych. Związki te nie ulegają rozkładowi podczas gotowania ani zniszczeniu w procesie suszenia grzybów.

Grzyby są cenionym produktem spożywczym ze względu na swoje walory smakowe i aromatyczne. Warto jednak pamiętać, że ich wartość odżywcza jest powszechnie uznawana za niewielką, a potrawy grzybowe traktowane są przez większość dietetyków jako produkty ciężkostrawne. Spożywanie grzybów leśnych niesie za sobą niebezpieczeństwo ostrych zatruc, a nawet zgonów, co związane jest z występowaniem w ich składzie różnych, często niezwykle toksycznych substancji (4). W Polsce niecałe 3 proc. ostrych zatruc jest powodowane przez grzyby – w większości są to niegroźne przypadki. Niektóre niejadalne gatunki borowików, pieczarek, mleczajów, gołąbków, gąsek, a także tęgoskór i olszówka są grzybami względnie mało szkodliwymi, o działaniu gastroenterotoksycznym – w krótkim czasie od spożycia powodują nudności, wymioty i bóle brzucha.

Wczesne objawy żołądkowo-jelitowe powodują także bardziej trujące grzyby o działaniu atropino-podobnym, takie jak: muchomor czerwony i muchomor plamisty.

Do grzybów powodujących objawy muskarynowe zaliczamy m.in.: strzępiaki, borowika ponurego, borowika szatańskiego i lejkówki – są one bardziej trujące, ale niegroźne dla życia.

Najbardziej trującym grzybem, spożycie którego może prowadzić nawet do zgonu pacjenta (ostra niewydolność wątroby i jej następstwa) jest muchomor sromotnikowy i jego odmiany: muchomor jadowity i muchomor wiosenny (1).

Muchomor sromotnikowy (*Amanita phalloides*) jest grzybem średniej wielkości, kapelusz ma barwę białą-

zielonkawą, oliwkowozieloną, brudnozieloną, czasami białawą, na brzegach zwykle jaśniejszą. Niektóre grzyby mają żółtawy odcień kapelusza. Kapelusz ma średnicę 6–16 cm. Jego kształt jest na początku dzwonowaty, wypukły, potem zbliżony do płaskiego. Spód kapelusza blaszkowaty – koloru białego, u starych osobników może być żółtawo-zielony. Blaszki są gęsto rozmieszczone. Trzon białawy niekiedy z odcieniem żółtawo-zielonkawym, wysokość 8–15 cm. Ma wyraźny pierścień, gładki, czasem prążkowany, przyrośnięty. Nasada trzonu wyraźnie bulwiasta, otoczona pochwą.

Muchomor sromotnikowy najczęściej mylony jest z: gołąbkami zielono zabarwionymi (*Russula sp.*), gąską żółtą zwaną też zielonką (*Trichilama flavovireus*) oraz czubajką kanią (*Microlepiota procerá*). Jego odmiany białe (*A. verna* i *A. virosa*) mylone są natomiast z polnymi pieczarkami (*Agoricus sp.*).

W muchomorze sromotnikowym i jego białych odmianach wykryto dwa rodzaje trujących związków polipeptydowych: amatoksyny i fallotoksyny. Związki te nie ulegają rozkładowi podczas gotowania (temperatura rozkładu fallotoksyn wynosi 280–282°C, amatoksyn 245°C), nie można ich usunąć z wodą odlaną po gotowaniu i nie ulegają także zniszczeniu w procesie suszenia grzybów.

Amatoksyny znajdują się głównie w blaszkach i pozostałej części kapelusza, a fallotoksyny w trzonie grzyba.



Fallotoksyny praktycznie nie wchłaniają się z przewodu pokarmowego i nie pokonują bariery ściany jelita, a ich działanie toksyczne dotyczy tylko nabłonka jelitowego, są odpowiedzialne za wystąpienie objawów żołądkowo-jelitowych.

Amatoksyny – dla człowieka dawka śmiertelna amatoksyn wynosi około 0,1 do 0,2 mg na kg masy ciała (taka ilość znajduje się w 20–25 g grzyba) (2).

W przeciwieństwie do fallotoksyn amatoksyny łatwo pokonują barierę ściany jelita, wchłaniają się z przewodu pokarmowego do krążenia wrotnego i z krwią wrotną przechodzą do wątroby, gdzie są wychwytywane przez komórki wątrobowe – hepatocyty, z którymi wiążą się na stałe, powodując ich uszkodzenie. Amatoksyny są wydzielane z żółcią do jelita, pozostając w krążeniu wątrobowo-jelitowym do momentu pełnego wysycenia miejsc receptorowych lub całkowitego zużycia substancji trujących (3,4). Toksyczność amatotoksyn polega na zakłóceniu transkrypcji DNA do RNA poprzez wpływ na polimerazę RNA, co uniemożliwia syntezę białek niezbędnych dla potrzeb komórki, a w następstwie śmierć komórki. Narządy, które są bardzo aktywne metabolicznie (niezbędna ciągła synteza białek, np. nabłonek jelitowy, wątroba, nerki) są szczególnie wrażliwe na działanie tej toksyny (4). Znaczna część amatoksyny wydalana jest z moczem. W nerkach ulega częściowemu wchłanianiu zwrotnemu, co może prowadzić do uszkodzenia cewek nerwowych, a w następstwie do ostrej niewydolności nerek (3).

Objawy kliniczne zatrucia

W przebiegu zatrucia można wyróżnić cztery okresy: bezobjawowy, zaburzeń żołądkowo-jelitowych, utajenia i uszkodzeń narządowych. Czas trwania kolejnych okresów może być różny – w zależności od dawki, masy ciała, wieku pacjenta i stanu wydolności wątroby.

Okres bezobjawowy (tzw. faza latencji) trwa od 6 do 24 godzin, (średnio 8–12 godzin) w zależności od wielkości porcji i od tego, która część grzyba została spożyta. Długi czas od spożycia do wystąpienia objawów opóźnia leczenie, przez co pogarsza rokowanie (2).

Następnie występuje okres zaburzeń żołądkowo-jelitowych (faza jelitowa), trwający średnio 12–24 godzin, cechujący się silnymi bólami brzucha, wymiotami i biegunką (czasem bardzo obfitą, wodnistą). Konsekwencją wspomnianych zaburzeń mogą być znaczne zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej (hiponatremia, hipochloremia, hipokaliemia), kwasowo-zasadowej (kwasica metaboliczna) i wodorowęglanowej (hipoglikemia). W bardzo ciężkich zatruciach może dojść do wstrząsu hipowolemicznego z towarzyszącą tachykardią.

Kolejnym etapem jest okres utajenia z pozorną poprawą stanu ogólnego chorego trwający 12–24 godzin, w którym pojawiają się już biochemiczne cechy uszkodzenia komórek wątroby (obniżenie wskaźnika protrombinowego, podwyższenie aktywności aminotransferaz, a nieco później wzrost stężenia bilirubiny). Przebieg fazy wątrobowej zależy od ciężkości zatrucia – zatrucie o lekkim przebiegu powoduje niewielkiego stopnia żółtaczkę, natomiast w zatruciach o ciężkim przebiegu może wystąpić szybkie narastanie żółtaczki i zaburzeń świadomości, aż do głębokiej śpiączki włącznie. Ciężkiemu uszkodzeniu wątroby zwykle towarzyszy skaza krwotoczna z uporczywym, niekiedy masywnym krwawieniem z przewodu pokarmowego. Po kilku dniach – najczęściej w 4–5 dobie od zatrucia mogą się pojawić objawy niewydolności nerek (skąpomocz lub bezmocz), mogą także wystąpić zaburzenia ze strony układu krążenia. W przypadku pacjentów o niekorzystnym przebiegu zatrucia – najczęściej do zgonu dochodzi między 4–16 dniem od spożycia muchomora (4).

Faza mózgową pojawia się w 5–7 dobie zatrucia – objawami, które zwiastują przejście w tę fazę choroby są dezorientacja i nadmierna senność pacjenta. W dalszym przebiegu choroby ilościowe zaburzenia świadomości przechodzą w stan śpiączki coraz większej głębokości (7).

Leczenie

W pierwszej kolejności należy usunąć grzyby z przewodu pokarmowego – wykonuje się płukanie żołądka,

a następnie podaje węgiel aktywowany w dawce 1g/kg masy ciała – wykonanie ww. procedury ma na celu przerwanie obiegu wątrobowo-jelitowego amatoksyn.

Eliminacja amatoksyny z krwi jest możliwa tylko w przypadku, gdy pacjent zgłosi się do szpitala w krótkim czasie od zatrucia – zanim amatoksyna połączy się z hepatocytami – zasadne jest wtedy wykonanie hemoperfuzji. Stosowanie hemodializy lub plazmaferezy nie jest powszechnie stosowane, ponieważ nie prowadzi to do usunięcia toksyny z osocza i tkanek.

Amatoksyny bardzo dobrze przenikają przez błonę podstawną kłębka nerkowego, dlatego dobrą metodą ich eliminacji z ustroju jest forsowna diureza (podaż płynów odpowiadająca co najmniej dwukrotnemu zapotrzebowaniu dobowemu).

W fazie jelitowej niewskazane jest hamowanie biegunki jakimikolwiek środkami – uważa się, że jest to naturalna droga eliminacji toksyn pozostałych w układzie pokarmowym (7). Istotne znaczenie ma wyrównywanie zaburzeń wodno-elektrolitowych, do których może dojść ze względu na masywną biegunkę i wymioty. Należy stale monitorować bilans płynów i z chwilą zmniejszenia diurezy podawać leki moczopędne. W przypadku wystąpienia kwasicy metabolicznej podaje się dwuwęglan sodu (NaHCO₃). Jeżeli dojdzie do hipoglikemii podaje się hipertoniczne roztwory glukozy, pod kontrolą jej stężenia w surowicy krwi.

Leczenie farmakologiczne polega na ochronie wątroby i innych narządów przed toksycznym działaniem amatoksyny, a także na leczeniu objawowym.

Zarówno sylbilina (Legalon) – składnik ortoptestu płamistego, jak również penicylina krystaliczna hamują wątrobowy wychwyt zwrotny amatoksyny. Zamiast penicyliny krystalicznej, która może wywoływać szereg działań niepożądanych, można zastosować cefalosporyny III generacji. Podobne działanie ma N-acetylocysteina (ACC). W trakcie leczenia chory powinien także otrzymywać leki osłaniające wątrobę: Essentiale, Hepa-Merz. Przy dołączających się objawach skazy krwotocznej wskazane jest podanie witaminy K i przetaczanie świeżo mrożonego osocza. Przy masywnych krwawieniach przetaczany jest koncentrat krwinek czerwonych lub masa płytkowa. Zaleca się także podawanie 20-proc. roztworu mannitolu bądź celem zapobiegnięcia lub w przypadku już obecności obrzęku mózgu.

Jeżeli dojdzie do niewydolności nerek odpornej na leczenie zachowawcze wskazane jest rozpoczęcie dializoterapii.

W przypadku wystąpienia izolowanej śpiączki wątrobowej lub śpiączki z towarzyszącą ostrą niewydolnością nerek niereagującą na prawidłowo realizowane leczenie zachowawcze, należy prowadzić pozaustrojowe metody podtrzymywania funkcji wątroby – dializę albuminową wątroby tzw. MARS (Molecular Adsorbents Recirculating System). Podczas tego zabiegu krew pacjenta prze-

plywa, analogicznie do dializy nerkowej, przez specjalny dializator, zawierający sztuczne, biokompatybilne błony półprzepuszczalne. Po ich zewnętrznej stronie krąży w zamkniętym obwodzie wzbogacony w albuminę płyn dializacyjny. Zachodzący wówczas proces imituje proces detoksyfikacji w zdrowych komórkach wątroby.

Metoda ta umożliwia częściową eliminację toksyn endogennych powstających w przebiegu narastającej niewydolności tego narządu. Pozwala również na eliminację toksyn mocznicowych i wody, stąd wskazaniem do jej zastosowania jest dołączająca się niewydolność nerek. System MARS wykazuje dużą skuteczność przy wczesnym jego zastosowaniu, natomiast w okresie już istniejącej niewydolności wątroby daje niezbędny czas na regenerację narządu bądź też utrzymanie chorego przy życiu do czasu znalezienia odpowiedniego dla niego dawcy.

W szczególnie ciężkich przypadkach z bardzo szybko narastającymi objawami zatrucia i niewydolności wątroby należy rozważyć możliwość przeszczepienia narządu. Podstawowe kryteria decydujące o podjęciu zabiegu są następujące:

- rozpoczynająca się śpiączka wątrobowa
- wskaźnik protrombinowy poniżej 10 proc.,
- krwawienie z przewodu pokarmowego,
- kwasica mleczanowa,
- stężenie bilirubiny w surowicy powyżej 25mg%,
- wiek poniżej 12 lat (2).

Bibliografia:

1. Szajewski J.: „Toksykologia dla nietoksykologów. Ostre zatrucia egzogenne”.
2. Kołaciński Z.: „Leczenie zatruc muchomorem sromotnikowym – fakty i kontrowersje”. *Polski Tygodnik Lekarski* 1996. T. LI. Nr 23–26.
3. Wiernikowski A., Szczepanek M.: „Zatrucia muchomorem sromotnikowym – rozpoznawanie, klinika, leczenie”. *Przegląd Lekarski* 1999/56/6.
4. Jankowska I., Liberek A., Sein Anand J., Pawłowska J.: „Diagnostyka i leczenie zatrucia muchomorem sromotnikowym”. *Borgis – Postępy Nauk Medycznych* 1/2010
5. Buczek W. (red.): „Kompendium farmakologii i toksykologii Murtschlera”.
6. Brent J. i wsp.: „Critical Care Toxicology”.
7. Pach J. (red.): „Zarys toksykologii klinicznej”.

mgr Marta Swarzyńska
Instytut Medycyny Pracy

Sprawozdanie z XV Zjazdu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

BEATA STĘPIEŃ, LIDIA SZYMANIAK, ELŻBIETA MALIK

XV Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych odbył się w dniach 14–17.04.2012 r. w Wiśle, był Zjazdem jubileuszowym pod patronatem Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego – Beaty Ochockiej.

Mottem przewodnim były słowa Jana Pawła II: „Nie lękajcie się wejść na drogę Waszego powołania, Nie lękajcie się szukać prawdy o sobie otaczającym Was świecie”.

W dniu 15.04.2012 r. odbyło się Walne Zgromadzenie Członków PSPE, na którym było udzielone absolutorium dla Zarządu i Komisji działających w ramach Stowarzyszenia.

Na Zjazd byli zaproszeni goście z zagranicy z: Wielkiej Brytanii – Angela Vessey, która omawiała zastosowanie miedzi w szpitalu oraz z Chorwacji – Rok Civljak, podzielił on się doświadczeniami w zapobieganiu zranieniom ostrymi narzędziami, zakażeniom krwiopochodnym, natomiast Frederic Pradelle z Francji przedstawił innowacyjne systemy do dekontaminacji pomieszczeń i oczyszczania powietrza.

Nasi prelegenci omówili wiele zagadnień dotyczących m.in.: higieny rąk, która jest nie kończącym się tematem, kluczowym ogniwem w przenoszeniu zakażeń, lawaseptyki w leczeniu ran, poruszane były aspekty bezpiecznej linii naczyniowej, indeks ryzyka zakażenia miejsca operowanego, zostało przedstawione postępowanie z pacjentem podejrzanym o świerzp, wystąpienia biegunki w oddziale OIT oraz ujednolicenia procedur pobierania posiewów krwi. Podano ważne informacje o zmianach w normach europejskich. Wiele prezentacji było poświęconych organizacji pracy pielęgniarki epidemiologicznej, zespołu kontroli zespołu zakażeń szpitalnych.

Godnym uwagi była prezentacja lek. med. Krzysztofa Szufnarowskiego z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Kamińskiego we Wrocławiu, której tematem były „Nowe rozwiązania zapobiegające rozprzestrzenianiu się patogenów alarmowych w szpitalach”. Przedstawiała ona zastosowanie miedzi w medycynie od zarania dziejów. Już w starożytnym Egipcie była wykorzystywana do dezynfekcji wody pitnej i ran,



Hipokrates na przełomie IV i III w p.n.e. zalecał miedź do leczenia żyłaków podudzi, podczas epidemii cholery we Francji w 1850 r. górniczy pracujący w kopalni miedzi byli odporni na tę chorobę. Z najnowszych badań z 1983 r. przeprowadzonych w Filadelfii wynikało, że występował niski odsetek E. coli na mosiężnych klamkach w szpitalu a w 2005 r., w Indiach w ciągu 24 godzin z wody wypełniającej miedziane cysterny używane od tysięcy lat została wyeliminowana E. coli. Miedź ma silne działanie dezaktywujące mikroorganizmy – uszkadza błonę komórkową, swobodnie

napływa do wnętrza komórki, uszkadza elementy struktury komórki i unieczynnia enzymy odpowiedzialne za podstawowe funkcje metaboliczne. Niezależnie od mechanizmów oporności działa zabójczo na: *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus spp*, *Enterobacteriaceae*, pałeczki niefermentujące, *Clostridium difficile*, *Legionella pneumophila*, grzyby, wirusy. *Cl. difficile* jest jednym z głównych patogenów zakażeń szpitalnych, transmisją zakażenia jest droga fekalno-oralna a rezerwuarem skontaminowane powierzchnie i ręce personelu. Doświadczenia przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wykazały, że powierzchnie wykonane ze stopów miedzi powodują znaczną redukcję (>70%) form wegetatywnych i spor *Cl. difficile* niż powierzchnie wykonane ze stali, po 24–48 godzinach znikają spory z powierzchni wykonanej ze stopów miedzi, gdzie na stalowych powierzchniach spory były nawet po 168 h. W zapobieganiu zakażeniom drobnoustrojami alarmowymi miedź ma zastosowanie do: uchwyty przy szafkach, barierki przy łóżku pacjenta, stolików zabiegowych, stojaków na kroplówki.

Ciekawym tematem był wykład dr n. med. Piotra Remiszewskiego z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, WUM, SPCSK z Warszawy, który przedstawił doświadczenia własne z zastosowaniem pierwszej rękawicy chirurgicznej z systemem antymikrobiologicznym.

Rękawica Gammex Powder-Free gloves with AMT Antimicrobial Technology posiada unikatową powłokę wewnętrzną zawierającą glukonian chlorheksydy (CHG), która zapewnia ciągle działanie przeciwwirusowe i przeciwbakteryjne. Badania laboratoryjne in vitro dowodzą,

że HCV, HIV ginie w > 99% po 1 minucie od ekspozycji, >99,7% – >99,999% niszczy z 8 najczęstszych bakterii wywołujących zakażenia szpitalne, opornych na antybiotyki już 1–2 minuty od ekspozycji. Rękawica ta jest przyjazna dla dłoni:

- ma anatomiczny kształt, przypomina „rękę błogosławiającą”, powoduje to mniejsze zmęczenie dłoni,
- kciuk zawiera lateks co zapobiega zsuwaniu się narzędzi,
- mankiet trzyma rękawicę,
- dłonie bez podrażnień i uczuleń,
- ręka nawilżona, ale nie mokra,
- dzięki mikroporowatości dobre czucie w palcach i chwyt dłoni.

Zastosowanie takich rozwiązań na salach operacyjnych i zabiegowych zwiększyłoby bezpieczeństwo personelu i pacjenta.

Kilka dni spędzonych w pięknej Wiśle mimo deszczowej i chłodnej pogody na długo zapadnie w naszej pamięci.

Beata Stępień

lic. pol., pielęgniarka epidemiologiczna, SP ZOZ Pajęczno

Lidia Szymaniak

mgr pielęgniarstwa, specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego i pediatrycznego, SP ZOZ Rawa Maz

Elżbieta Malik

pielęgniarka koordynująca, piel. epidem.,
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego

Sprawozdanie z VI Ogólnopolskiego Zjazdu Położniczo-Neonatologiczno-Pediatrycznego

BARBARA DRESLER, ANNA MAJRZAK BOŻENA PAWŁOWSKA

W dniach 20–23.04.2012 r. w Mielnie – Unieściu odbył się VI Ogólnopolski Zjazd Położniczo-Neonatologiczno-Pediatryczny, w którym uczestniczyły pielęgniarki i położne z całej Polski, w tym przedstawicielki Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Wojskowy Ośrodek Wypoczynkowy, w którym odbywał się zjazd, ma zabudowę pawilonową i położony jest pomiędzy Jeziołem Jamno a brzegiem Bałtyku. Piękna okolica, piękne widoki i również piękna pogoda.

Przewodnie hasło tegorocznej konferencji to: „Profilaktyka, opieka, leczenie. Wszystko co najlepsze dla dzieci i ich matek”. Organizator czyli Polskie Centrum Edukacji pozyskało wyjątkowych prelegentów:

- Prof. Beata Czeszyńska – Kierownik Kliniki Neonatologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego – przedstawiła „Problemy prawie donoszonego noworodka, czyli urodzonego po 35 tygodniu ciąży”. „Near term” urodzone między 35 a 37 tygodniem ciąży są fizjologicznie niedojrza-

łe i mają ograniczone możliwości prawidłowej reakcji na czynniki środowiska zewnętrznego w porównaniu do noworodków donoszonych. Noworodki „Near term” charakteryzuje zwiększona umieralność i zachorowalność okołoporodowa. Najczęściej są to zaburzenia oddychania i regulacji ciepłoty ciała, żółtaczka, sepsa, przedłużony pobyt na oddziale intensywnego nadzoru.

- Prof. Andrzej Piotrowski – Kierownik Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii II Katedry Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – zaprezentował referat „Resuscytacja noworodka – wytyczne i praktyka 2012 r.”.

- Prof. Zbigniew Celewicz z Kliniki Medycyny Matczyno-Płodowej i Ginekologii PUM w Szczecinie – próbował odpowiedzieć na pytanie: „Poród drogami natury czy cięcie cesarskie?”

- Dr Jarosław Woliński – Zakład Endokrynologii, Instytut Fizjologii i Żywienia Zwierząt PAN Jabłonna – omówił: „Wpływ pokarmu oraz metod karmienia na rozwój struktury i funkcje przewodu pokarmowego – model świni w badaniach neonatologicznych”. Spośród zwierząt dynamika rozwoju przewodu pokarmowego u świni jest zdecydowanie najbardziej zbliżona do organizmu ludzkiego.

- Dr med. Paweł Grzesiowski – Prezes Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń, Przewodniczący SHL – przedstawił referat na temat: „Szczepienia ochronne – aktualności i kontrowersje: aktualne przepisy, skuteczność szczepień, odmowa szczepień obowiązkowych i poglądy antyszczepionkowe – jak postępować, bezpieczeństwo szczepień, szczepienia w grupach ryzyka oraz zapobieganie zakażeniom podczas wykonywania wybranych procedur medycznych”. Wykład był bardzo interesujący i prelegent został wręcz zarzucony pytaniami dotyczącymi szczepień.

- Mgr Radosław Radosławski – radca prawny, uczestnik prac legislacyjnych związanych z uchwalaniem ustaw do systemu zdrowia – przedstawił wykład: „Forma udzielania świadczeń pielęgniarstwa i położniczych – umowa o pracę czy świadczenie usług”. Stan prawny na dzień 10 kwietnia 2012 r.

- Mgr Bożena Kierył – terapeuta rozwoju psychomotorycznego, PCE Warszawa – zaprezentowała referat na temat: „Tajemnica odruchu ssania”. Z ewolucyjnego punktu widzenia odruch ssania jest złożonym mechanizmem. Obecnie niesłusznie kojarzony jest wyłącznie z odżywianiem. Życie i rozwój zaczyna się od ssania. W pierwszych tygodniach po porodzie to jedyna celowa aktywność noworodka. Jeśli odruch ssania w czasie jego największej rozwojowo aktywności zostanie ograniczona tylko do karmienia, to układ nerwowy nie ma szans wykształcić prawidłowych funkcji fizjologicznych i anatomicznych, które powinny być trwałym fundamentem na całe życie.

- Mgr Monika Stępka – psycholog z Gdańska – przedstawiła referat: „Baby Blues, depresja poporodowa – jak można im zapobiegać”, w którym omówiła: czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych w ciąży, czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie, edynburską Skalę Depresji Poporodowej, instrukcję stosowania Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej EPDS, działania profilaktyczne podejmowane przez położną wobec kobiety w ciąży, działania profilaktyczne podejmowane przez położną wobec kobiety po porodzie.

Oprócz zajęć teoretycznych prowadzone były również warsztaty, spośród których każdy uczestnik wybierał dwa, w których uczestniczył: reanimacja, resuscytacja noworodka, warsztat rozwiązywania problemów zawodowych, warsztat zrozumieć dziecko, profesjonalne wsparcie karmienia piersią, ciąża, poród, połóg.

Program zjazdu był bardzo ciekawy i bogaty, ale udało nam się znaleźć chwilę czasu, aby przywitać się z Bałtykiem, który w tych dniach był wyjątkowo spokojny, choć bardzo zimny.



Angielski medyczny

**Przygotowanie do wyjazdów
i egzaminów**

www.malgorzatomazik.pl

tel.: 500 368 778

centrum edukacji
Erudio

Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. (0-42) 630 95 59, kom. 0-784 009 277
Łódź, ul. Pomorska 83/85

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
PRZEZ TELEFON
042 630 95 59

LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY



KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej • Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania • Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią • Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo pediatriczne

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków • Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych

CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIP W WARSZAWIE ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIP W ŁODZI

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/V z dnia 08 kwietnia 2008 roku oraz Uchwałą Nr 643/V z dnia 10 marca 2009 roku

OIPIP w Łodzi, w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego, można ubiegać się o dofinansowanie do kosztów uczestnictwa w kursach

GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!

PLATNOŚĆ W DOGODNYCH RATACH MIESIĘCZNYCH

ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl

!!! UWAGA !!!
PRZYJMujemy ZAPISY NA SZKOLENIA
SPECJALIZACYJNE



Meditel

Jesteśmy innowacyjną firmą, która zajmuje się wdrażaniem nowoczesnych rozwiązań dla Lekarzy, Położnych i Pacjentów poprzez platformę wideokonsultacji medycznych www.meditel.pl, w związku z czym poszukujemy do współpracy położnych na stanowisko:

Położna – Konsultantka

Miejsce pracy: wszystkie województwa (praca dodatkowa).

Opis stanowiska:

- osoba zatrudniona na stanowisku Położnej – Konsultantki będzie udzielała informacji oraz odpowiedzi na pytania użytkowników portalu Meditel.pl podczas rozmów prowadzonych za pośrednictwem systemu wideokonsultacji.
- tematyka rozmów jest określona przez Położną– Konsultantkę i ma związek z obszarem praktykowanej medycyny;
- użytkownicy portalu www.meditel.pl wyrażają zgodę na to, iż usługa wideokonsultacji ma charakter informacyjny i nie zastępuje wizyty w gabinecie położnej;

Oferujemy:

- pracę w dowolnym, określonym przez Położną– Konsultantkę, wymiarze godzin, według określonego grafiku, z dowolnego miejsca na świecie;
- atrakcyjne wynagrodzenie;
- szkolenie z obsługi platformy Meditel.pl
- możliwość bezpłatnych interdyscyplinarnych konsultacji z pozostałymi Położnymi – Konsultantkami w ramach funkcjonowania portalu Meditel.pl;

Wymagania:

- czynne prawo wykonywania zawodu położnej, potwierdzone doświadczeniem;
- posiadanie komputera z łączem internetowym i kamerą.

Oferty i pytania prosimy kierować na adres: praca@meditel.pl lub pod numer telefonu: 881 364 218.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



TEB Edukacja

proVena

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Człowiek- najlepsza inwestycja



ZASTRZYK KOMPETENCJI INTERPERSONALNYCH

ULTRA FORTE

Zapraszamy

Panie pielęgniarki i położne, Panów pielęgniarzy i położnych
na bezpłatne szkolenia z zakresu:

- Asertywności •
- Komunikacji w zespole •
- i przekazywania trudnych informacji
- Komunikacji z pacjentem i jego rodziną •
- Radzenia sobie ze stresem •

UCZESTNICY OTRZYMUJĄ BEZPŁATNIE:

- materiały dydaktyczne
- płytę z multimedialnym kursem
- książki związane z tematem warsztatów
- certyfikat uczestnictwa
- poczęstunek

Zajęcia prowadzą doświadczeni, certyfikowani trenerzy posiadający dużą wiedzę psychologiczną i współpracujący od lat ze środowiskiem medycznym.

PUNKT REKRUTACYJNY

Łódź, ul. Józefa 7/35
tel. kom. 512 228 406
tel. 42 239 41 16

Biuro Projektu
TEB Edukacja Piotrków Trybunalski
ul. Armii Krajowej 24 a
tel. (44) 647 09 72

Dowiedz się więcej na:
www.efs.teb.pl

Apel w sprawie zagrożonych specjalizacji

Trwają prace nad reorganizacją modelu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Zaproponowano ograniczenie liczby specjalizacji pielęgniarskich i położniczych, a tym samym likwidację szeregu specjalizacji. Redukcja objęłaby m.in. specjalizację nefrologiczną, a wiedza z dziedziny nefrologii, dializoterapii i transplantologii, niezbędna dla pielęgniarek zajmujących się osobami ze schorzeniami nefrologicznymi w szerokim tego słowa znaczeniu (od opieki w fazie leczenia zachowawczego po opiekę w okresie dializacyjnym oraz przed i po transplantacji nerki), miałyby zostać ujęta w module nefrologicznym w ramach specjalizacji zachowawczej. Z punktu widzenia praktykujących pielęgniarek zajmujących się dziedziną nefrologii, dializoterapii i transplantologii jest to rozwiązanie niewłaściwe, czego skutkiem będzie niedostatek w pielęgnowaniu i samokontroli chorego.

W związku z uwagami, jakie wpływają do Ministerstwa Zdrowia do projektu rozporządzenia w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia wydał Komunikat w sprawie projektu rozporządze-

nia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne z dnia 30.03.2012 (http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/kompielegniar_20120330.pdf)

Nasz apel popiera Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Pani Przewodnicząca Agnieszka Kałużna złożyła w Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych wniosek o zamieszczenie ww. specjalizacji w nowym projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne. Wniosek został przyjęty większością głosów.

Zwracam się do wszystkich pielęgniarek pracujących z pacjentami chorymi nefrologicznie o zapoznanie się z pytaniami zawartymi w przygotowanej ankiecie, przemyślaną odpowiedź na nie i odesłanie ankiety na adres e-mail: spnefro@interia.pl

Bardzo proszę o zaangażowanie w tej sprawie.

mgr Katarzyna Babska

Ankieta w sprawie specjalizacji z dziedziny pielęgniarstwa nefrologicznego

1. Czy pan/pani jest za utrzymaniem odrębnej specjalizacji z dziedziny pielęgniarstwa nefrologicznego?

Tak, Nie

2. Czy pan/pani uważa, że treści zawarte w przyszłej specjalizacji z pielęgniarstwa zachowawczego będą wystarczające do uzyskania wiedzy z zakresu nefrologii, dializoterapii i transplantologii?

Tak, Nie

3. Czy pan/pani uważa, że liczba godzin w module nefrologia i dializoterapia będzie wystarczająca do przekazania wysokospecjalistycznych treści?

Tak, Nie

4. Czy pan/pani uważa, że specjalista pielęgniarstwa zachowawczego dysponuje taką samą wiedzą w zakresie nefrologii i dializoterapii jak specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego?

Tak, Nie



15 LAT REGIONU ŁÓDZKIEGO OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

W pogodny i słoneczny dzień 15 czerwca odbyła się doniosła uroczystość obchodów 15-lecia powstania OZZPiP w Regionie Łódzkim. W samo południe o godzinie 12-tej zaczęli gromadzić się przedstawiciele z różnych organizacji związkowych nie tylko z Łodzi ale i regionu, Sieradza, Bełchatowa, Piotrkowa Trybunalskiego, Zduńskiej Woli, Skierniewic, Tomaszowa, innych miejscowości... Wiele osób spotkało się po latach, były ciepłe słowa powitania i przyjacielskie rozmowy. Uroczystość rozpoczęła się mszą świętą w Kościele Św. Ducha w Łodzi przy Placu Wolności 2, podczas której został poświęcony Sztandar OZZPiP Regionu Łódzkiego. Uroczystość miała charakter podniosły gdyż obecne były poczty sztandarowe OZZPiP z Zarządu Krajowego, z OIPIP w Łodzi oraz sztandar Związku Zawodowego Pracowników Ruchu Ciągłego KWB Bełchatów. Mszę odprawił i poświęcił sztandar Asystent Kościelny Duszpasterz Służby Zdrowia ks. Paweł Sudowski, który podkreślił, jaką ważną rolę sprawują pielęgniarki, położne i pielęgniarze w ochronie zdrowia, ale bez godnej pracy trudna jest najwyższej jakości opieka.

Po doniosłej i uroczystej mszy świętej wszyscy uczestnicy przeszli do Teatru im. S. Jaracza gdzie miały miejsce dalsze uroczystości. O godzinie 14.30 po wprowadzeniu sztandarów na salę rozpoczęła się część oficjalna, na początku której powitano zaproszonych gości. Na obchodach obecni byli: p. E. Kędzia-Kierus – doradca Wojewody Łódzkiego, p. M. Wagner – przedstawiciel Prezydent Łodzi, p. J. Sobieszek – przedstawiciel Marszałka Województwa, p. I. Brochulska – przewodnicząca Zarządu Krajowego OZZPiP, p. A. Kałużna – przewodnicząca OIPIP w Łodzi, p. A. Augustyniak – przewodnicząca OIPIP w Sieradzu, p. W. Lutkowski – przewodniczący Zarządu Wojewódzkiego Forum Związków Zawodowych w Łodzi, ks. Paweł Sudowski, przedstawiciele innych związków zawodowych, ZZ Kopalni Bełchatów, ZZ Kierowców i Motorniczych MPK Łódź, OPZZ, Solidarność. Zaproszeni goście złożyli na ręce przewodniczącego OZZPiP Regionu Łódzkiego Zdzisława Bujasa gratulacje i życzenia

dalszej owocnej pracy dla dobra wszystkich pielęgniarek, położnych, pielęgniarzy pracujących w ochronie zdrowia województwa łódzkiego. Wiele osób mówiło o solidarności i wspólnych działaniach dla godnej i trudnej pracy naszych zawodów. Po oficjalnych przemówieniach p. przewodniczący Z. Bujas przedstawił historię i działalność OZZPiP w naszym regionie. W dalszej części uroczystości nastąpiło wręczenie rocznicowych odznaczeń osobom które tworzyły i pracowały w organizacjach związkowych w swoich zakładach pracy, było to około 100 osób. Po wręczeniu medali działaczom z regionu nastąpiło uroczyste odznaczenie całego prezydium i komisji rewizyjnej OZZPiP Regionu Łódzkiego, byli to: Z. Bujas, J. Korbička, I. Darmach, Z. Czarnecka, E. Olejnik, I. Flamcholc, U. Orzechowska, E. Kowalska, M. Wilk, M. Głowacka, J. Juszkiewicz oraz z komisji rewizyjnej E. Mamińska i D. Stanielewicz. Wszyscy otrzymali owacje i gromkie brawa z sali. Również zaproszeni goście dostali pamiątkowe medale. Momentem wzruszającym było pośmiertne wręczenie medalu rodzinie zmarłej dwa miesiące wcześniej zasłużonej pielęgniarki, członkini OZZPiP, która walczyła o prawa pielęgniarek i położnych z ogromną determinacją i zaangażowaniem Marii Milancej.

Oficjalna część zakończyła się po wyprowadzeniu sztandarów z sali. Po krótkiej przerwie odbył się spektakl pt. „Seks, prochy i rock & roll`e” Bogosiana, z Bronisławem Wrocławskim w roli głównej. Po zakończonym spektaklu wszyscy zebrani spotkali się by wspólnie powspominać 15 lat pracy dla dobra pielęgniarek i położnych naszego regionu. Przyjacielskim rozmowom nie było końca, wiele osób nie widziało się latami, i taka uroczystość obudziła wiele pozytywnych myśli i wspomnień. Wszyscy obecni czuli się jak w jednej wielkiej rodzinie związkowej, która tylko dzięki determinacji i zaangażowaniu wielu społecznym i bezinteresownym ludzi mogła pomóc wielu naszym koleżankom i kolegom w walce o ich prawa godnej pracy i płacy. Poniżej przedstawiamy Państwu historię działalności OZZPiP Regionu Łódzkiego udostępnioną przez Zarząd.

KALENDARIUM POWSTANIA I DZIAŁALNOŚĆ OZZPIP W REGIONIE ŁÓDZKIM

1997 – kilka terenowych organizacji związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających w Łodzi od 1995 roku postanawia wstąpić do OZZPiP z siedzibą we Włocławku i powstaje Region Łódzki OZZPiP z siedzibą w Łodzi. Tworzą się kolejne organizacje związkowe w ZOZ-ach w Łodzi i województwie. W naszym makroregionie działają także Region Sieradzki i Region Piotrkowski OZZPiP.

9.12.1997 – zorganizowanie przez Region Łódzki OZZPiP „Białego Marszu”. W akcji tej wzięło udział ponad 5 tysięcy pielęgniarek i położnych z całej Polski, główne hasła mówiły o godziwej płacy, wyzysku pielęgniarek i położnych oraz co za tym idzie zapewnieniu bezpiecznych szpitali dla pacjentów.

28.01.1998 – liczna grupa łódzkich pielęgniarek i położnych bierze udział w Marszu Protestacyjnym w Warszawie.

1998 – rok ten kończy się udziałem przedstawicieli Regionu Łódzkiego OZZPiP w strajku okupacyjnym zorganizowanym w jednym z poznańskich szpitali.

28.04.1999 – odbywa się I Nadzwyczajny Zjazd Delegatów Regionu Łódzkiego, Sieradzkiego i Piotrkowskiego. Zostaje podjęta wspólna uchwała o połączeniu regionów. Krajowy Zjazd OZZPiP powołuje Region Łódzki OZZPiP z siedzibą w Łodzi, przestają istnieć Region Sieradzki i Piotrkowski.

05.2000 – Zarząd Krajowy OZZPiP prowadzi rozmowy z Rządem, które nie przynoszą żadnych rozwiązań. Brak zainteresowania strony rządowej problemami środowiska doprowadza do okupacji przez przedstawicieli OZZPiP Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Po usunięciu protestujących koleżanek z budynku Ministerstwa okupację i głódówkę kontynuowano przed siedzibą Ministerstwa przy ul. Brackiej. Nasz region czynnie uczestniczył w tej akcji, pojawiły się obietnice i deklaracje ze strony Rządowej ale okazały się nieprawdziwe. Wigilię tego roku nasi przedstawiciele spędzili na ul. Miodowej wspierając Koleżanki z Mazowsza okupujące budynek Ministerstwa Zdrowia.

2001 – był rokiem wyborów parlamentarnych, były zapewnienia, deklaracje i obietnice. W sierpniu z inicjatywy Regionu powołano organizację Łódzkie Forum Pracowników Ochrony Zdrowia. Rok ten obfitował w wiele spotkań z udziałem przedstawicieli Wojewody Łódzkiego, Marszałka i Prezydenta Łodzi a także starostów, dyrektorów szpitali i kasy chorych. Wypracowano wspólne stanowiska, które przeniosły się na decyzje i plany strategii zdrowotnej województwa.

2002 – Zarząd Krajowy i Regiony OZZPiP podejmują wspólną uchwałę o przystąpieniu związku do Forum Związków Zawodowych. Nowo powstała Centrala Związkowa szybko uzyskuje reprezentatywność i staje się trzecią Centralą w Polsce obok NZSS Solidarność i OPZZ.

03.2002 – odbywa się Nadzwyczajny Zjazd Delegatów Regionu Łódzkiego OZZPiP, zostają przyjęte nowe programy i określone nowe kierunki działań.

2003–2004 – w tych latach odbywa się wiele protestów, okupacji i głódówek w ZOZ-ach w naszym województwie. Odbywają się marsze uliczne, pikety, duże zaangażowanie wykazują Zakładowe organizacje związkowe OZZPiP.

2005 – odbywa się Krajowy Zjazd OZZPiP, w którym nasi delegaci biorą czynny udział. W kraju nasila się chaos organizacyjny i finansowy w ochronie zdrowia.

2006 – w styczniu znów dochodzi do licznych sporów zbiorowych z pracodawcami, głównym postulatem był wzrost 30 proc. płacy zasadniczej. Brak porozumień wywołuje falę manifestacji, strajków i protestów. W kwietniu tego roku Region Łódzki bierze czynny udział w potężnej manifestacji w Warszawie, w wyniku której dochodzi do rozmów z Rządem i powstaje ustawa nakazująca pracodawcom

przekazywać 40 proc. środków z kontraktów na podwyżki dla pracowników.

05.2006 – powstaje inicjatywa, że z okazji Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej Region Łódzki OZZPiP będzie prowadził akcję edukacyjną dla mieszkańców Łodzi pt. *Dzień z Pielęgniarką i Położną*. Akcja ta odbywa się już corocznie wspólnie z OIPIP w Łodzi, uczestniczą również uczelnie kształcące pielęgniarki i położne – UMED i AHE.

2007 – nasila się fala protestów z powodu braku rozwiązań problemów w ochronie zdrowia nie tylko w naszym województwie ale i w całym kraju. 19 czerwca odbywa się duża manifestacja w Warszawie, a 4 przedstawicielki OZZPiP udają się do premiera w celu uzyskania gwarancji zmian w systemie zdrowotnym. W wyniku braku rozmów pozostają w budynku URM do czasu podjęcia dialogu. Pozostali uczestnicy postanawiają pozostać pod URM i tak tworzy się *Białe Miasteczko*, które trwa do 15 lipca. Członkowie naszego Łódzkiego Regionu czynnie uczestniczą i działają przez cały czas trwania akcji.

2008–2009 – to okres *Białego Szczytu*, trudne lata dla OZZPiP. Propozycje i rozwiązania zaproponowane przez związki zawodowe, samorządy i pracodawców nie znalazły zrozumienia ze strony Rządowej. Duża niechęć do strony społecznej i brak reakcji na merytoryczne rozwiązania kierowane do Sejmowej Komisji Zdrowia skutkowało, niestety, źle przygotowanymi ustawami zdrowotnymi.

01.2009 – III Zjazd Delegatów Regionu Łódzkiego OZZPiP.

2010–2011 – podjęto ponownie próby poprawy dialogu ze stroną rządową. Zapewnienia Minister Zdrowia nie znalazły odzwierciedlenia przyjętej przez Sejm ustawy o działalności leczniczej. Odbywa się w Sejmie okupacja i głódówka przedstawicieli OZZPiP, która trwa przez 9 dni.

2012 – nowy rok rozpoczyna się w naszym Regionie manifestacją przed UM Łodzi i Łódzkim oddziałem NFZ. Jest to czas intensywnych działań dla związku, niepodpisane są kontrakty z wieloma miejskimi i placówkami. Zarząd Regionu wraz z koleżankami z tych placówek negocjuje z funduszem, co doprowadza do częściowych zmian przy zawarciu kontraktów a jednocześnie utrzymane są miejsca pracy.

Dalsze działania OZZPiP będą prawdopodobnie dalszą walką o godziwą płacę i prace naszych koleżanek i kolegów pielęgniarek i położnych, zgodną z Międzynarodowymi Konwencjami przyjętymi przez Rząd Polski. Planowane przekształcenia i brak dialogu ze strony osób rządzących do publicznych placówek ochrony zdrowia są tego zapowiedzią. Osoby, które podejmują się takich działań, bardzo często kosztem własnych rodzin, własnego czasu zasługują na uznanie i zrozumienie, a przede wszystkim na słowo „dziękuję” ze strony naszego środowiska. (J. G.)

Kalendarium udostępnione przez Zarząd Regionu OZZPiP

Śpiesz się powoli...

Już w samym wyrazie „pośpiech” zawarty jest pierwiastek ruchu, który czyni go niezwykle ruchliwym i aktywnym. Patrząc na nasze życie nie trudno zauważyć, że jesteśmy niejako trybikami w wielkiej machinie ludzkiej egzystencji, a ta ma swoje źródło w ruchu. Nie na darmo, to właśnie Ziemia krąży wokół Słońca, a nie na odwrót. Może gdyby było wprost przeciwnie, to faktycznie współczesny człowiek „przystopowałby”, zwolniłby tempo i zastanowiłby się nad tym, co tak naprawdę w życiu jest ważne? Ale... Czy tak się w rzeczywistości dzieje? Czy pytamy się samych siebie dokąd zmierzamy? A jeśli już zmierzamy, to w jakim kierunku i dlaczego? Co jest naszym wektorem? Co nas napędza, motywuje? A co nas zwalnia, stopuje, a nawet wprawia w bezruch, stupor?

Te kilka zdań dzisiejszego listu niech posłuży za wstęp do tego, o czym chciałbym do Was dzisiaj napisać. Pierwotnie, w planach, było coś innego, lecz temat musi poczekać na później. To właśnie pośpiech pobudził mnie, by o nim wspomnieć. Wprawdzie muszę się śpieszyć, bo myśl goni myśl, a co ważne nie może ująć uwadze. Wątek goni wątek, a czas ucieka przez palce rytmem wybijanych przez zegar sekund.

W trakcie dzisiejszego nocnego dyżuru w domu opieki pewne zdarzenie wywołało burzę w mojej głowie. Pozwólcie, że podzielę się nim z Wami.

Bardzo modne w ostatnim czasie jest tak zwane ocenianie pracowników. Doświadczenie dzisiejszej nocy pokazuje mi, że oceniać można o każdej porze dnia, a w szczególności w nocy. Ba! Nawet o 2 w nocy, a może już nad ranem?! Po wykonaniu czynności związanych z opieką nad rezydentami (zmiana pozycji ciała u chorych unieruchomionych) koleżanka pielęgniarka, która była wówczas przełożoną zmiany,

poprosiła mnie, abym poświęcił jej chwilę, gdyż chciałaby dokonać „superwizji” mojej pracy.

Superwizja jest jedną z metod oceny pracownika. Może być cząstkowa i dotyczyć wybranego fragmentu aktywności lub też całościowa. Tej nocy otrzymałem superwizję cząstkową. Była to krótka rozmowa na temat mojej pracy.

Posumowanie superwizji znalazło swoje odwzorowanie na formularzu przekazanym kierownikowi.

Superwizja nie musi oznaczać niczego złego, może być pozytywną lub negatywną oceną dokonań. Jej zadaniem jest poprawa jakości świadczonych usług, wsparcie pracownika i korektę błędów.

Tym razem chodziło o mój pośpiech. Zbyt szybka praca „nie jest” mile widziana. Przyzwyczajony polskim trybem szybkiej pracy nie spostrzegłem, że pośpiech szkodzi. Nie ważne jest to, czy pracę wykonuje się dobrze, czy źle. Trzeba włączyć sobie wewnętrzny metronom wybijający rytm ruchów ciała i umysłu. Dlatego też w mojej superwizji zbyt szybkie działania nie wpływają pozytywnie na środowisko pracy. Zbyt wolne działanie natomiast zasługuje na „uznanie”, bo przecież – jak to mówią Anglicy – „Take your time!” (tłum. weź swój czas, czyli: nie śpiesz się lub zrób to w swoim czasie). A może właściwą intencją winno być: szanuj swój czas, bo w zasadzie jest go wystarczająco, tyle, ile potrzeba.

Tyle z teorii. Czasami pośpiech jest odbierany pozytywnie, choć jego następstwa mogą mieć zabarwienie negatywne. Z perspektywy pracodawcy powolny pracownik oznacza nie wyrobienie normy. Z drugiej strony może być zupełnie inaczej. Posłużę się przykładem z ostatnich dni.

W jednym z domów opieki w kompani, w której pracuję jedenaście osób zostało zawieszonych w pracy. Na zapisie z ukrytej kamery (pozostawionej przez rodzinę rezydenta) uwidoczniło pracę pielęgniarek i opiekunów. Zbyt szybkie wykonywanie działań związanych ze świadczeniem opieki było jednym z kilku powodów zawieszenia w obowiązkach pracowników. Jednym z przykładów było zbyt szybkie karmienie rezydenta w ocenie członków rodziny,



PTP Oddział w Łodzi (źródło Australijskie Towarzystwo Pielęgniarskie 2006 r.)



która dokonała nagrania. Skutek: część pracowników straciło pracę.

Dzisiejsza superwizja mojej pracy dużo mi pokazała. Początkowo wywołała we mnie wewnętrzny bunt. W końcu praca została wykonana, wszystkie czynności opiekuńczo-pielęgnacyjne zostały udokumentowane zgodnie ze standardami panującymi w firmie. Pomimo tego ocena mojej pracy nie była do końca taka, jakiej bym spodziewał się.

Okazuje się, że pośpiech wpływa nie tylko negatywnie na osobę, która się śpieszy, ale zaraża się nim otoczenie. To pośpiech jest przyczyną błędów zawodowych, choć w wielu przypadkach „pośpiech” ratuje życie. Skutki przewlekłej pracy w pośpiechu mogą dać się we znaki w późniejszym czasie i objawić się jako jeden element składowej wypalenia zawodowego.

Pośpiech towarzyszy nam stale i wciąż. Czy polska pielęgniarka to zawsze „struś pędziwiatr”? Z przykrością, niestety, muszę przyznać, że w większości przypadków odpowiedź będzie twierdząca. Obarczeni nadmiarem obowiązków, jesteśmy zmuszeni do ciągłego pośpiechu. Jakże tu zwolnić, gdyż tyle na głowie, a do końca zmiany tak mało pozostało czasu? Pośpiech w pracy, pośpiech na ulicy, pośpiech w domu. Doba ma 24 godziny, a i tak dla wielu osób jest zbyt krótka. Atakowani i bombardowani pośpiechem zapominamy, czym jest wolność? Stajemy się niewolnikami pośpiechu – nie rzadko wymuszonego z zewnątrz.

Wiek XXI, to już nie era atomu, ale elektronu. Znany cytat ks. Jana Twardowskiego: *Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą...* również sugeruje nam pośpiech. A może po prostu kochajmy bez pośpiechu?

Tym zdaniem pragnę zakończyć mój dzisiejszy list kierując do Was krótki, angielski, popularny zwrot „Don't rush!” (tłum. Nie goń! Nie śpiesz się!)

Pielęgniarz X

Poeci, pisarze różni, trubadurzy od lat tysiąca a nawet więcej w utworach swych opisywali najczęściej jeden ludzki organ – serce. Serce pełne miłości, albo cierpienia, serce pęknięte, wypełnione żalem, serce złamane jak u Wertera lub w nienawiści zatwardziałe. Kamienne złote, lwie, zajęcze... przymiotników przeróżnych nawał... Lecz nie wiązała myśl poetów serca ze słowem takim: zawał!

Bo to nie temat dla umysłów w chmurach, gdy idąc raptem nie można zrobić kroku dalej i ten ból pod mostkiem, brak powietrza – w końcu karetka na sygnale.

Ból i strach, jak nam żyć dalej, co ze mną z pracą i rodziną?

Jak stawić czoła tej chorobie? Lęki co nie chcą szybko minąć...

Ale nadzieje nam przynoszą wspaniali ludzie w lekarskich kitlach, wstawiają bay-passy, stenty, zastawki – potrafią nawet śmierć przechytrzyć.

A teraz rehabilitacja – pomoc nam niosą sprawne ręce, badania, rowerki, pogadanki... i tej nadziei coraz więcej.

Dużo opieki – tyle osób pracuje dla nas: od profesora po salowe.

A ja potrafię tylko niezdarным rymem oddziwić się i krótkim słowem

DZIĘKUJĘ

Wspaniałemu zespołowi **Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej w WSS im. dr. Biegańskiego** – wdzięczna pacjentka Alicja Jach. Do podziękowań przyłączają się Ela Delfińska i Róża Karpińska.



**Podziękowanie dla pani Jolanty Kowalczyk
– starszej pielęgniarki Oddziału Przeciwgruźliczego Szpitala
Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi**

W związku z przejściem na emeryturę, składamy serdeczne podziękowanie i wyrazy uznania za pełną zaangażowania długoletnią pracę zawodową, sumienność i rzetelność w wykonywaniu swoich obowiązków. Dziękujemy za troskę, cierpliwość i uśmiech w stosunku do pacjentów oraz całego zespołu współpracującego. Życzymy w następnym etapie życia dużo zdrowia, pogody ducha oraz wiary w realizację marzeń.

Przełożona pielęgniarek, pielęgniarki oddziałowe, oraz pozostała kadra pielęgniarsko-lekarska Szpitala Zakładu Karnego Nr 2 w Łodzi



Dziękuję **dr. J. Czajkowskiemu, pielęgniarkom B. Sochali i R. Gębickiej ze Szpitala im. Pirogowa w Łodzi** za życzliwość i profesjonalizm podczas wykonywania badania endoskopowego

wdzięczna pacjentka
Barbara Wróblewska