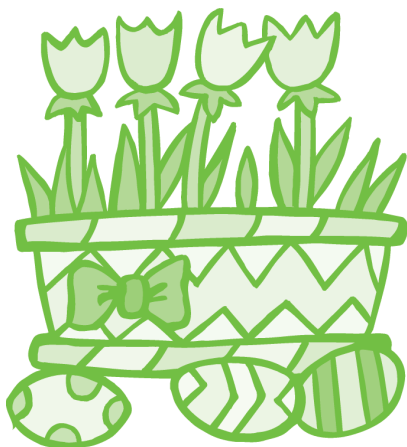


8 marca
Dzień Kobiet

„Bywało dawniej, przed laty,
Sypałem wiersze i kwiaty
Wszystkim dziewczątkom,
Bom myślał o piękne panie,
Że kwiat lub słowo zostanie
Dla was pamiątką”.

Adam Asnyk

Wszystkim Kobietom
najpiękniejsze życzenia składa
ORPiP oraz Redakcja Biuletynu



23 – 24 marca
Święta Wielkiej Nocy

„Wielkanocny stół
Wpuśćmy wiosnę –
niech słońcem zabłyśnie
nad stołem
w Wielkanocne świętowanie
jak wiosna wesołe!”

Ewa Skarżyńska

Niech radość Świąt
Wielkanocnych towarzyszy
Wam opromieniając codzienny
trud i rozpraszając wszystkie
niepokoje.
Niech stanie się źródłem
prawdziwego szczęścia.

ORPiP oraz Redakcja

Biuletyn 3/2008

1 marca 2008 roku

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

w numerze:

- 2 **Serwis informacyjny**
- 3 **Komunikat w sprawie obowiązku zgłaszania zmian do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych**
- 4 **Uchwała „Programowa” przyjęta przez V Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych**
- 6 **Planowane kursy i szkolenia**
- 8 **Zestawienie kursów i szkoleń za 2007 rok**
- 9 **Konkurs „Codzienność zawodowa – blaski i cienie”**
- 10 **Biała księga. Europejska strategia dla problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością**
- 17 **Podziękowania**
- 18 **Rzeczpospolita niepełnosprawna**
J. Rogozińska
- 22 **O braku aktywności fizycznej bez stresu**
Z. Kornacka
- 24 **Gruźlica dzisiaj**
M. Frukacz
- 27 **Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Polskich**
Wielkanoc źródło nadziei
B. Jagas
- 28 **Problemy położnicze w ciąży bliźniaczej**
H. Derendarz
- 31 **Kącik biblioteczny**

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 Naczelna: mgr Maria Kowalska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadestanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń.

Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych

Druk: Drukarnia BiK – M. Bernaciak

91-729 Łódź, ul. Smutna 16

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia ORPiP w dniu 8 – 10 stycznia 2008 roku

➔ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek 1 pielęgniarcie.

➔ Wpisano na listę członków oraz do rejestru pielęgniarek OIPiP 1 osobę.

➔ Skreślono z listy członków OIPiP oraz rejestru pielęgniarek 2 pielęgniarki.

➔ Wymieniono zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza 4 osobom.

➔ Skreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych 146 pielęgniarek i 6 położnych.

➔ Skreślono z rejestru grupowych praktyk pielęgniarskich 1 praktykę.

➔ Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:

- konferencji: 3 osobom,
- kursie kwalifikacyjnym: 25 osobom,
- kursie specjalistycznym: 7 osobom,
- sympozjum: 1 osobie,

1 osobie odmówiono przyznania finansowania, ze względu na regulaminowych – brak opłacania składki członkowskiej na rzecz samorządu przez minimum 2 lata poprzedzające złożenie wniosku.

➔ Przyznano 2 nagrody finansowe po ukończeniu studiów magisterskich z oceną bardzo dobry.

➔ Przyznano zapomogi bezzwrotne, po:

- 1500 zł: 1 osoba,
- 1000 zł: 1 osoba,
- 750 zł: 2 osoby,

Utrzymano w mocy Uchwałę Nr 13/V Prezydium ORPiP w Łodzi z dnia 28 listopada 2007 roku w sprawie odmowy przyznania zapomogi 1 osobie ze względu na brak regularnego wpłacania składek członkowskich przez minimum okres dwóch lat przed złożeniem wniosku.

➔ Przyjęto rezygnację z funkcji pełnomocnika w rejonie wyborczym nr 48.

➔ W celu usprawnienia realizacji zadań ustawowych ORPiP w Łodzi powołała 11 komisji problemowych i ich przewodniczące.

➔ Powołano skład osobowy zespołu konkursowego.

➔ Zatwierdzono:

– koszty dojazdu delegatów na okręgowe zjazdy pielęgniarek i położnych w Łodzi na okres V kadencji,

– koszty zakupu sprzętu biurowego.

➔ Podjęto uchwałę w sprawie Biuletynu OIPiP w Łodzi. Odwołano Radę Redakcji Biuletynu.

Anna Manes
sekretarz ORPiP w Łodzi

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 23 stycznia 2008 roku

➔ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarsza 9 pielęgniarkom/pielęgniarszom.

➔ Zatwierdzono wymianę prawa wykonywania zawodu 1 pielęgniarcie i 1 położnej.

➔ Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi 5 pielęgniarek i 1 położną.

➔ Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi 3 pielęgniarki/pielęgniarszy.

➔ Wpisano do rejestru praktyk indywidualnych pielęgniarek 3 wpisy.

➔ Dokonano zmiany wpisu do rejestru praktyk indywidualnych pielęgniarek 2 wpisy.

➔ Skreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych 53 praktyki zgodnie z wnioskami zainteresowanych.

➔ Dokonano wpisu 2 podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych:

- ERUDIO: kurs kwalifikacyjny, program dla pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarsztwo rodzinne,
- Wielkopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Poznaniu, Oddział Zamiejscowy w Koninie: kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarsztwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki.

➔ Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:

- konferencji: 2 osobom,
 - kursie specjalistycznym: 6 osobom,
 - kursie kwalifikacyjnym: 18 osobom
- 2 osobom odmówiono przyznania finansowania, ze względów regulaminowych – brak opłacania składki członkowskiej na rzecz samorządu przez minimum 2 lata poprzedzające złożenie wniosku.
- za ukończenie studiów podyplomowych: 4 osobom.
 - ➔ Przyznano 1 nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich z oceną bardzo dobry.
 - ➔ Przyznano zapomogi bezzwrotne, po:
 - 1500 zł: 3 osobom.
 - ➔ Przyznano na wniosek Redaktora Naczelnego Biuletynu honoraria za opublikowane artykuły – 3 osobom.

➔ Podjęto uchwałę w sprawie sfinansowania kosztów zakupu nagród rzeczowych dla absolwentów studiów magisterskich i licencjackich Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w 2007 roku – 11 osobom.

➔ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu komisji: 1 komisji egzaminacyjnej i 1 komisji kwalifikacyjnej.

➔ Powołano skład osobowy komisji konkursowej na stanowiska kierownicze: 1 pielęgniarki oddziałowej.

➔ Zatwierdzono pełnomocników i ich zastępców w rejonach wyborczych/zakładach na V kadencję

Anna Manes
sekretarz ORPiP w Łodzi

Komunikat w sprawie obowiązku zgłaszania zmian do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych

W związku koniecznością zgłaszania zmian dotyczących danych objętych wpisem do rejestru pielęgniarek oraz rejestru położnych, zwracam się z prośbą do wszystkich członków samorządu o zgłaszanie takich zmian. Forma zgłaszania:

1. Przy zmianie nazwiska – oryginał odpisu skróconego aktu małżeństwa i oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu.

2. Przy podniesieniu kwalifikacji zawodowych – kopie zaświadczeń, dyplomów poświadczonych za zgodność z oryginałem dotyczące:

- a) ukończenia kursów kwalifikacyjnych,
- b) ukończenia kursów specjalistycznych,
- c) ukończenia kursów doskonalących,
- d) ukończenia specjalizacji,
- e) ukończenia studiów, studiów podyplomowych,
- f) uzyskania tytułów i stopni naukowych,

3. Przy zmianie adresu zamieszkania – informacja w formie pisemnej.

4. Przy zmianie pracy, podjęciu pracy:

- a) z nowego miejsca pracy zaświadczenia o zatrudnieniu z uwzględnieniem daty zatrudnienia,
- b) z poprzedniego miejsca pracy – kopia świadectwa pracy, poświadczona za zgodność z oryginałem.

5. Przy zmianie pracy, która niesie za sobą zmianę przynależności do okręgowej izby pielęgniarek i położnych (przynależność, ta zależy od miejsca wykonywania zawodu), obowiązkiem pielęgniarki jak i położnej jest złożenie w dotychczasowej izbie wniosku o skreślenie z rejestru, a następnie wystąpienie z wnioskiem o wpis do rejestru izby na terenie, której podjęła pracę.

Do wniosków należy dołączyć między innymi oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej. W sytuacji, w której pielęgniarka, położna wykonuje swój zawód na terenie działania dwóch izb przynależność do jednej z izb jest jej wyborem.

Wszystkie wyżej wymienione dokumenty należy składać w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, pokój 310).

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości proszę o kontakt telefoniczny z rejestrem (42) 633 32 13, w następujących dniach i godzinach:

- poniedziałki środy, czwartki: od 8.00 do 16.00,
- wtorki: od 10.00 do 18.00.

mgr Grażyna Romanowska
gł. specjalista ds. rejestru
pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi

Uchwała „Programowa” przyjęta przez V Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

Uchwała nr 11 V Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2007 roku w sprawie programu samorządu pielęgniarek i położnych na okres V kadencji tj. 2008 – 2011.

Na podstawie art. 31 pkt 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 – zmiany: Dz. U. Z 1996 r. Nr 24, poz. 110 i Nr 91, poz. 410; z 1998 r. Nr 106, poz. 668; z 2000 r. Nr 120, poz. 1268; z 2002 r. Nr 62, poz. 559, nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052; z 2004 r. Nr 92, poz. 885; z 2007 r. Nr 176, poz. 1237) uchwała się, co następuje:

§1

V Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych obradujący w dniach 3 – 5 grudnia 2007 roku w Warszawie jako najwyższy organ samorządu pielęgniarek i położnych, który:

1) będąc przeświadczonym i wielkim potencjałem wiedzy i wartościach duchowych, tkwiących w naszych zawodach,

2) rozumiejąc doniosłość misji, jaką mają do spełnienia izby pielęgniarek i położnych w społeczeństwie obywatelskim i w państwie prawa, które dokonało przekazania części swojej władczej roli grupom społecznym, zorganizowanym w samorządy,

3) uznając rolę samorządu pielęgniarek i położnych jako partnera władz politycznych i administracyjnych w skali kraju, regionach oraz w środowiskach lokalnych,

4) uznając sprawowanie pieczy i nadzoru nad prawidłowym wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej jako wyraz społecznego zaufania do instytucji samorządu,

5) zdając sobie sprawę z ogromu oczekiwań i nadziei, jakie pokłada w swoim samorządzie społeczność pielęgniarek i położnych,

6) mając świadomość nowych wyzwań, jakie stoją przed polskim pielęgniarstwem przedstawia niniejszym priorytetowe zadania samorządu na rozpoczynającą się kadencję.

I. W sprawach dotyczących organizacji opieki zdrowotnej:

1) dążyć do budowy systemu ubezpieczenia zdrowotnego w oparciu o otwarty rynek ubezpieczeniowy – pozwalający społeczeństwu dokonać świadomego wyboru zakresu w ramach odprowadzonej składki,

2) zabiegać o wprowadzenie i wdrożenie społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego jako zabezpieczenia potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych osób do samodzielnych, niezdolnych do samodzielnej egzystencji,

3) zapewnić udział przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w pracach administracji rządowej i samorządowej na wszystkich poziomach, mając na celu podejmowanych decyzji dotyczących ustalania warunków wykonywania zawodów,

4) domagać się wdrożenia tzw. Koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,

5) zapewnić udział przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w pracach organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej w celu reprezentowania zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów tych zawodów,

6) dążyć do wzmocnienia samodzielności i autonomii zawodowej.

II. W sprawach dotyczących finansowania ochrony zdrowia:

1) domagać się wzrostu nakładów środków publicznych na ochronę zdrowia do poziomu gwarantującego zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów,

2) domagać się poprawy sytuacji ekonomicznej pielęgniarek i położnych,

3) występować wobec płatnika za świadczenia zdrowotne w obronie interesów gospodarczych pielęgniarek i położnych będących samodzielnymi świadczeniodawcami,

4) czynić starania dla stworzenia korzystnych regulacji podatkowych dla pielęgniarek i położnych, a w szczególności możliwości odliczania możliwości od podatku kosztów ponoszonych na kształcenie podyplomowe oraz składek członkowskich z tytułu przynależności do samorządu zawodowego,

5) kontynuować prace nad wprowadzeniem systemu definiowania i wartościowania procedur, świadczeń pielęgniarskich i położniczych przy współpracy towarzystw naukowych, organizacji, instytucji działających w ochronie zdrowia, który pozwoli na lepsze wykonywanie zawodów pielęgniarki i położnej, ich właściwą wycenę oraz poprawę wynagrodzeń.

III. W sprawach dotyczących środowiska pielęgniarek i położnych:

1) doprowadzić do pilnej nowelizacji aktów prawnych dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej tak, aby praca pielęgniarek i położnych była wykonywana w takich samych warunkach jak w krajach Unii Europejskiej,

2) wzmacniać działania organów samorządu zawodowego w zakresie odpowiedzialności zawodowej oraz stałego podnoszenia kwalifikacji ich członków,

3) upowszechniać znajomość i praktyczne stosowanie zasad Kodeksu Etyki Zawodowej.

IV. W sprawach dotyczących kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:

1) dążyć do zapewnienia każdej pielęgniarce i położnej warunków do podjęcia doskonalenia zawodowego,

2) czynić starania na rzecz ułatwienia członkom samorządu doskonalenia się poprzez organizowanie przez izby spotkań szkoleniowych, konferencji, seminariów itp.,

3) wspierać merytorycznie i finansowo pielęgniarki i położne uczestniczące w różnych formach kształcenia podyplomowego,

4) dążyć do powstania jednolitych, szczegółowych programów kształcenia podyplomowego (kursy specjalistyczne, kursy kwalifikacyjne, specjalizacje),

5) ujednoczyć zasady powrotu do wykonywania zawodu po przerwie dłuższej niż 5 lat,

6) współdziałać z organizacjami skupiającymi pielęgniarki i położne.

V. Działania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych:

1) bronić samorządności zawodowej jako instytucji zaufania publicznego,

2) bronić dobrego imienia pielęgniarek i położnych, udzielać im wsparcia prawnego w zakresie wykonywania zawodu,

3) działać na rzecz rozwoju instytucji samopomocowych itp.,

4) podtrzymywać tradycje opieki nad seniorami zawodów pielęgniarki i położnej,

5) udzielać członkom samorządu pomocy w trudnych sytuacjach losowych, interweniować w sprawach pracowniczo-zawodowych,

6) współpracować z organizacjami i stowarzyszeniami zawodowymi w kraju i zagranicą.

§2

Zobowiązuje się organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do realizacji przepisów niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca
V Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
(-) Aleksandra Wojtak

Planowane kursy i szkolenia

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

I. Kursy specjalistyczne w zakresie:

1. „Wykonywanie badania spirometrycznego” (program dla pielęgniarek i położnych) w terminie 17.04 – 27.06.2008 wg zamieszczonego planu na stronie internetowej Izby: www.oipp.lodz.pl Wnioski należy składać do dnia 02.04.2008 roku.

2. „Leczenie ran” w terminie 14.05 – 24.10.2008 (przebieg wakacyjny). Wnioski należy składać do dnia 10.04.2008 roku.

II. Planowane terminy trzech szkoleń prowadzonych przez mgr Wojciecha Nyklewicza:

1. „Wprowadzenie do superwizji klinicznej w pielęgniarstwie”

I część: Podstawy teoretyczne – 1 grupa 30 osobowa (pielęgniarki i położne różnych specjalności klinicznych) w zakresie umiejętności rozwiązywania problemów zawodowych i podniesienia jakości zawodowego funkcjonowania.

Termin pierwszych zajęć: 07 kwietnia 2008 r. ,w godz. 9,00-14,00

II część: Trening grupowy (30 osoby z I części podzielonych na 3 grupy po 10 osób – wg specjalności klinicznej) Cykl 4 spotkań dla każdej z grup, w godz. 9,00-14,00 :
I grupa: 08.04.2008 r.; 09.06.2008 r.; 02.09.2008 r.; 01.12.2008 r.

II grupa: 09.04.2008 r.; 10.06.2008 r.; 03.09.2008 r.; 02.12.2008 r.

III grupa: 10.04.2008 r.; 11.06.2008 r.; 04.09.2008 r.; 03.12.2008 r.

2. „Grupa wsparcia dla pielęgniarek”

Dla pielęgniarek różnych specjalności klinicznych w zakresie ochrony zdrowia emocjonalnego i zapobiegania wypaleniu zawodowemu.

Trening grupowy – 1 grupa 12 osób – cykl 5 spotkań po 6 godzin dydaktycznych każde.

Spotkania w następujących terminach: 11 kwietnia, 5 maja, 12 czerwca, 5 września i 6 października 2008 r., w godz. 9,00-14,00.

3. „Mowa ciała w pielęgnowaniu człowieka”

Zajęcia warsztatowe dla pielęgniarek i położnych w zakresie zwiększenia skuteczności w porozumiewaniu się.

Trening grupowy – 1 grupa 16 osobowa, 6 godzin dydaktycznych.

Termin zajęć: 6 maja 2008 r., w godz. 9,00-14,00

Uwaga!

Zgłoszenia na powyższe trzy szkolenia-warsztaty (na druku OIPP: Karta zgłoszenia na szkolenie) należy dostarczyć do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piotrkowska 17, w godzinach pracy Biura. Decyduje kolejność zgłoszeń. Liczba miejsc ograniczona.

4. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych – Komisja Położnych uprzejmie zaprasza położne na spotkanie szkoleniowe prowadzone przez przedstawiciela firmy Johnson & Johnson Polska Sp. z o.o. na temat: **„Pielęgnacja skóry noworodków i niemowląt – schorzenia dermatologiczne. Sen dziecka – wieczorny rytuał na dobranoc”**

Szkolenie odbędzie się w dniu 20 marca 2008 roku o godzinie 15.00 na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17 (II piętro, duża sala).

Po szkoleniu odbędzie się posiedzenie Komisji Położnych, na które zapraszamy wszystkie zainteresowane położne. Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc – zgłoszenia telefonicznie przyjmuje mgr Maria Kowalczyk – 042-639-92-62.

5. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie zaprasza pielęgniarki i położne na warsztaty edukacyjne nt. **„Metody antykoncepcji. Profilaktyka raka szyjki macicy”**. Warsztaty odbędą się w dniu 27 marca 2008 roku na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17, w godzinach 11.00 – 12.30 (II piętro – duża sala).

Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piotrkowska 17, w godzinach pracy Biura. Decyduje kolejność zgłoszeń. Liczba miejsc ograniczona.

oprac.
mgr Maria Kowalczyk
Agnieszka Kałużna
Dział Merytoryczny w Biurze OIPIP

Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi

Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego – Dział Promocji Zdrowia i Nadzoru Świadczeń Medycznych w Łodzi – organizuje jednodniowe, bezpłatne szkolenie na temat **„Teoria i technika wykonywania testów przesiewowych u dzieci”**. Szkolenie adresowane jest do pielęgniarek pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej oraz medycynie szkolnej, realizujących świadczenia profilaktyczne (testy) u dzieci od 0 do 19 roku życia.

Terminy szkoleń: 14 marca, 18 kwietnia, 16 maja, 13 czerwca

Czas trwania szkolenia: 9.00 – 14.00

Miejsce szkolenia: Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi, ul. Roosevelta 18 (II piętro, pok. 206)

Zgłoszenia prosimy przesyłać:

– drogą elektroniczną: nadzor@wczp-lodz.pl

– faksem: 042 636 66 53 w. 48

– telefonicznie: 042 636 66 54 w. 47, 45, 46, 49.

W zgłoszeniu prosimy umieścić:

– imię i nazwisko osoby uczestniczącej,

– nazwa zakładu pracy,

– stanowisko,

– telefon kontaktowy, faks, e-mail.

dr n. med. **Ewa Sudoł-Jednorowicz**
kierownik Działu Promocji Zdrowia
i Nadzoru Świadczeń Medycznych

Inne szkolenia

1. Uprzejmie informujemy, iż firma Nestle Polska planuje kolejne **szkolenie kierowane do położnych środowiskowych/rodzinnych województwa łódzkiego**.

Wstępny termin spotkania: 6 – 7 czerwca 2008 roku, Spała k/Tomaszowa Mazowieckiego.

Na szkolenie zaprasza, udziela informacji i przyjmuje zgłoszenia przedstawiciel medyczny Nestle mgr Iwona Cychner pod nr. tel. 0600 204 912, e-mail: iwona.cychner@pl.nestle.com

Liczba miejsc ograniczona.

2. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Klinika Onkologii Ginekologicznej Katedry Ginekologii, Położnictwa i Onkologii Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Wielkopolskie Towarzystwo Onkologii Ginekologicznej organizują **kursy doskonalące w zakresie pierwotnej i wtórnej profilaktyki raka szyjki macicy**

Odbycie kursu uprawnia do przystąpienia do Centralnego Egzaminu dla Położnych i Położnych Rodzinnych w Zakresie Pobierania Rozmazów Cytologicznych w Skriningu Raka Szyjki Macicy

Kursy odbędą się w następujących terminach: 17 marca 2008, godz. 8.00 oraz 14 kwietnia 2008, godz. 8.00 w sali wykładowej Centrum Kongresowo-Dydaktycznego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 37.

Szkolenie jest bezpłatne. Liczba miejsc ograniczona – o udziale decyduje kolejność zgłoszeń.

Zgłoszenia prosimy przysyłać wyłącznie na formularzu dostępnym na stronie internetowej www.rakszykimacicy-profilaktyka.pl na numer faksu 061 841 97 07 lub 061 841 96 90

Każda uczestniczka kursu otrzyma materiały szkoleniowe oraz zaświadczenie ukończenia kursu doskonalącego w zakresie pierwotnej i wtórnej profilaktyki raka szyjki macicy.

3. Komitet Organizacyjny IX Kongresu Pielęgniarek Polskich i II Zjazdu Stowarzyszenia Dyrektorów zaprasza do uczestnictwa w kongresie **„Człowiek podmiotem opieki pielęgniarskiej”**, który odbędzie się w dniach 9 – 11 maja 2008 roku w Solinie.

Koszty uczestnictwa w konferencji (opłata konferencyjna, całodobowe wyżywienie, uroczysta kolacja, niespodzianka):

– dla członków PTP przy wpłacie do 15 marca 2008 roku wynosi 350 zł,

– dla pozostałych uczestników 550 zł,

– po 15 marca 2008 roku opłata wzrasta o 100 zł,

– studenci: 250 zł.

Numer konta: Zarząd Główny Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie PKO BP SA 111020 1156 0000 7202 0050 1601 z dopiskiem IX Kongres.

Do zgłoszenia należy dołączyć kopię dowodu wpłaty. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa organizator nie przewiduje zwrotu kosztów.

Ostateczny termin przyjęcia zgłoszenia – 15 marca 2008 roku.

Zgłoszenia należy przysyłać na adres przewodniczącej Komitetu Naukowego: dr Aleksandry Gaworskiej-Krzemieńskiej (AM Katedra Pielęgniarstwa, 80-277 Gdańsk, ul. Do studzienki 38).

Więcej informacji można znaleźć na stronie: www.zgpt-piel.waw.pl

Zestawienie kursów, szkoleń, warsztatów psychologicznych zorganizowanych w 2007 roku przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

I półrocze 2007

LP.	RODZAJ KSZTAŁCENIA	TEMAT KURSU	LICZBA KURSÓW SZKOLEŃ	LICZBA UCZESTNIKÓW	LICZBA WNIOSKÓW
1.	Kwalifikacyjny	Organizacja i Zarządzanie (dla pielęgniarek i położnych)	1	43	64
2.	Kwalifikacyjny	Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej (dla pielęgniarek)	1	33	33
3.	Kwalifikacyjny	Ochrona zdrowia pracujących (dla pielęgniarek)	1	20	47
4.	Kwalifikacyjny	Opieka Paliatywna (dla pielęgniarek)	1	40	44
5.	Specjalistyczny	Leczenie ran (dla pielęgniarek)	1	40	107
6.	Specjalistyczny	Terapia bólu (dla pielęgniarek i położnych)	1	30	47
7.	Specjalistyczny	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (dla pielęgniarek i położnych)	3	66	111
8.	Doskonalący	Proces pielęgnowania w dokumentacji (dla pielęgniarek i położnych)	51	1011	1079
9.	Doskonalący	Postępowanie w stanach zagrożenia życia (dla pielęgniarek i położnych)	14	234	245
10.	Doskonalący	Postępowanie w stanach zagrożenia życia (w ramach kursów kwalifikacyjnych)	1	26	26
11.	Doskonalący	Opieka nad noworodkiem i niemowlęciem z problemami zdrowotnymi (dla pielęgniarek i położnych)	1	27	32
12.	Doskonalący	Elementy neurologii dziecięcej w praktyce pielęgniarki medycyny szkolnej i pielęgniarki rodzinnej	1	35	42
13.	Doskonalący	Metody radzenia sobie z emocjami po śmierci pacjenta (dla pielęgniarek)	2	24	24
14.	Doskonalący	Odpowiedzi nowoczesnej homeopatii na codzienne kłopoty z maluszkami... (dla pielęgniarek i położnych)	1	44	44
15.	Doskonalący	Nowoczesne standardy w pielęgnacji matki i dziecka w trzech pierwszych tygodniach po porodzie (dla pielęgniarek i położnych)	1	39	44
16.	Warsztaty psychologiczne	Utrata poczucia bezpieczeństwa (dla pielęgniarek i położnych)	1	15	16
17.	Warsztaty psychologiczne	Warsztaty asertywności w życiu zawodowym i osobistym (dla pielęgniarek i położnych)	1	14	16
18.	Warsztaty psychologiczne	Lubię siebie-warsztaty budowania poczucia własnej wartości (dla pielęgniarek i położnych)	1	11	13
19.	Warsztaty psychologiczne	Wypalenie zawodowe, stres i mobbing w pracy (dla pielęgniarek i położnych)	1	15	17
20.	Warsztaty psychologiczne	Pomoc psychologiczna dla osób pracujących z przewlekłe i terminalnie chorymi (dla pielęgniarek i położnych)	1	13	15
21.	Warsztaty psychologiczne	Zmęczona pomaganiem-jak skutecznie dbać o siebie (dla pielęgniarek i położnych)	1	15	16
22.	Warsztaty psychologiczne	Jak konstruktywnie radzić sobie z konfliktem	1	14	16
23.	Warsztaty psychologiczne	Jak skutecznie się komunikować (dla pielęgniarek i położnych)	1	17	18
	ogółem		89	1.826.00	2.116.00

II półrocze 2007

1.	Doskonalący	Postępowanie w stanach zagrożenia życia (dla pielęgniarek i położnych)	6	97	108
2.	Doskonalący	Proces pielęgnowania w dokumentacji pielęgniarek i położnych	10	184	198
3.	K.specjalistyczny	Podstawy opieki paliatywnej (dla pielęgniarek)	1	38	47
4.	K.specjalistyczny	Wykonywanie badania spirometrycznego (dla pielęgniarek)	1	40	72
5.	K.specjalistyczny	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (IV-edycja, dla pielęgniarek i położnych)	1	20	36
6.	Kwalifikacyjny	Pielęgniarstwo Epidemiologiczne (dla pielęgniarek)	1	40	40
	ogółem		20	449	536

109	2.275.00	2.652.00
-----	----------	----------

Zestawienie kursów PINEL (w ramach umowy z PINEL-em, środki pozyskane z Funduszy Europejskich) w 2007 roku

1.	Specjalistyczny	Leczenie ran (dla pielęgniarek)	4	49	53
2.	Specjalistyczny	Terapia bólu (dla pielęgniarek i położnych)	1	17	17
3.	Specjalistyczny	Podstawy opieki paliatywnej (dla pielęgniarek)	1	15	15
4.	Specjalistyczny	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (dla pielęgniarek i położnych)	4	58	58
	ogółem		10	139	143

oprac. **Agnieszka Kałużna** – główny specjalista ds. merytorycznych w Biurze OIPIP w Łodzi

Uwaga! Konkurs!



Serdecznie zapraszamy wszystkie pielęgniarki, pielęgniarzy oraz położne do udziału w konkursie

„Codzienność zawodowa – blaski i cienie”

który ogłasza

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Chcesz podzielić się z nami swoimi refleksjami zawodowymi, troskami i radościami, dylematami etycznymi, absurdami organizacyjnymi oraz tym wszystkim, co ułatwia lub utrudnia Ci codzienną pracę w opiece nad człowiekiem potrzebującym – napisz do nas!

Swoje problemy zawodowe, porażki i sukcesy, opisz w formie artykułu i prześlij do naszej Redakcji pod adres Biura OIPiP w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź) lub e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Kontakt – Agnieszka Wypych – tel. 042 633 22 48

Regulamin konkursu:

1. W konkursie uczestniczyć mogą tylko pielęgniarki i położne z obszaru działalności OIPiP w Łodzi.
2. Członkowie ORPiP nie mogą uczestniczyć w konkursie.
3. Prace należy przysyłać w wersji elektronicznej w liczbie nie przekraczającej 6 stron znormalizowanego maszynopisu (1800 znaków na stronie, w tym spacje i znaki interpunkcyjne, w układzie: 60 przeciętnie znaków w wierszu, 30 wierszy na stronie, podwójny odstęp między wierszami).
4. Autorzy swoje prace mogą popisać pseudonimem, a dane przedstawić do wiadomości redakcji, która zobowiązana jest do zachowania tajemnicy.
5. Artykuły należy przesać do 30 czerwca 2008 roku.
6. Prace zostaną komisyjnie sprawdzone przez zespół jury.
7. Wyłonienie zwycięzców konkursu nastąpi do dnia 31 sierpnia 2008 roku.
8. Najciekawsze prace zostaną nagrodzone:
 - a) pierwsze miejsce – 750 zł
 - b) drugie miejsce – 500 zł
 - c) trzecie miejsce – 300 zł
9. Dziesięć najlepszych prac zostanie zaprezentowanych na łamach naszego Biuletynu, w tym dla jednej z nich od 4 do 10 miejsca losowo przyznana będzie nagroda niespodzianka.
10. Autor każdej opublikowanej pracy w Biuletynie otrzyma honorarium zgodnie z obowiązującym regulaminem Biuletynu.



BIAŁA KSIĘGA

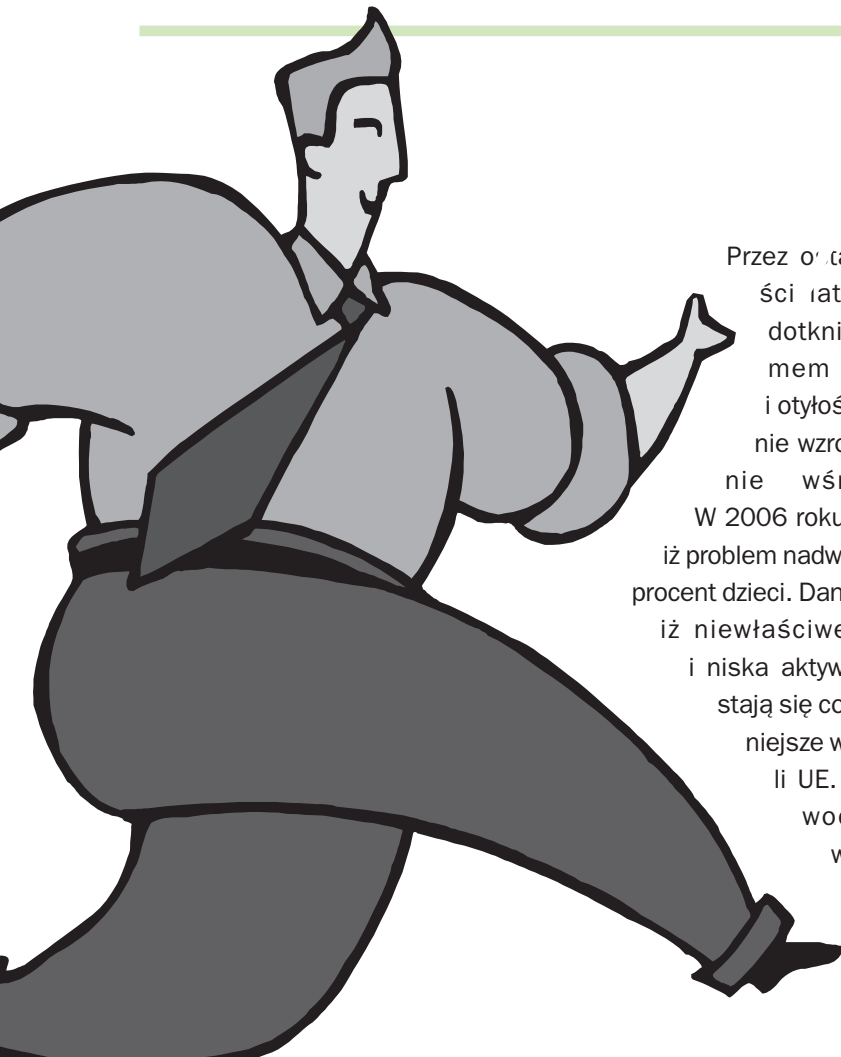
Europejska strata związanych z odży

Poniższa Biała Księga ma na celu stworzenie zintegrowanej europejskiej strategii, która przyczyniłaby się do zmniejszenia problemów zdrowotnych spowodowanych niewłaściwym odżywianiem, nadwagą i otyłością. Księga ta nawiązuje do niedawno podjętych przez Komisję inicjatyw, takich jak Europejska Platforma ds. Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia oraz Zielona Księga pt. „Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym”.

choroby, takie jak choroby układu krążenia, nadciśnienie, cukrzyca typu 2, udar, niektóre nowotwory, zaburzenia mięśniowo-szkieletowe, a nawet pewne choroby psychiczne. W dłuższej perspektywie czasowej będzie to miało negatywny wpływ na średnią długość życia w UE i obniży jakość życia wielu osób.

Rada wielokrotnie apelowała do Komisji o podejmowanie działań promujących zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną m.in. w Konkluzji w sprawie otyłości, cukrzycy oraz promowania zdrowego układu krążenia

Konsultacje w sprawie Zielonej Księgi dowiodły, iż panuje powszechna zgoda co do tego, że Wspólnota powinna działać we współpracy z szerokim gronem partnerów na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym. Biorący udział w konsultacjach zwracali uwagę na potrzebę stworzenia spójnej polityki na poziomie europejskim oraz podkreślali wagę współpracy wielosektorowej. Wskazywali także na istotną rolę UE w koordynowaniu działań, takich jak zbieranie i rozpowszechnianie dobrych praktyk. Podkreślali, że należy opracować plan działania dla UE oraz zdecydowane przesłanie dla wszystkich podmiotów zainteresowanych. Po opracowaniu Zielonej Księgi Parlament Europejski wydał rezolucję pt. „Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym”, która wzmocniła przekaz Księgi. Wszystkie działania publiczne w tym zakresie, w tym



Przez ostatnie trzydzieści lat liczba osób dotkniętych problemem nadwagi i otyłości w UE znacznie wzrosła, szczególnie wśród dzieci. W 2006 roku oszacowano, iż problem nadwagi dotknął 30 procent dzieci. Dane te wskazują, iż niewłaściwe odżywianie i niska aktywność fizyczna stają się coraz powszechniejsze wśród obywateli UE. Może to spowodować, że w przyszłości zwiększy się liczba osób cierpiących na przewlekłe

Strategia dla problemów zdrowotnych spowodowanych się nadwagą i otyłością

KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH
Bruksela, 30 maja 2007
COM (2007) 279 wersja ostateczna

także te podejmowane na poziomie Wspólnoty, powinny uwzględniać trzy czynniki. Po pierwsze, każdy sam ponosi ostateczną odpowiedzialność za swój styl życia i za styl życia swoich dzieci, choć oczywiście środowisko także wpływa na zachowania. Po drugie, tylko dobrze poinformowany konsument może podejmować racjonalne decyzje. Po trzecie, optymalny efekt w tym zakresie można uzyskać promując podejście oparte na łączeniu i uzupełnianiu się różnych obszarów polityki (podejście horyzontalne) oraz różnych poziomów działania (podejście wertykalne).

W wielu dziedzinach działania odbywają się głównie na poziomie lokalnym i krajowym. Wtedy inicjatywy UE mają na celu uzupełnienie i optymalizację działań zainicjowanych na innym poziomie decyzyjnym (niezależnie od tego, czy będzie to poziom krajowy czy regionalny) lub podejmowanie zagadnień, które jako takie wchodzą w skład polityk wspólnotowych. I tak, wiele działań ma bezpośredni wpływ na funkcjonowanie rynku wewnętrznego (np. wymogi dotyczące znakowania produktów, oświadczenia zdrowotne czy procedury dotyczące kontroli żywności), inne są częścią określonych strategii, jak Wspólna Polityka Rolna (Wspólne Organizacje Rynku dla owoców i warzyw), inicjatywy Komisji w zakresie edukacji, polityki regionalnej (fundusze strukturalne), a także polityka audiowizualna oraz medialna. Komisja odgrywa także bardzo istotną rolę w gromadzeniu ciekawych lokalnych

i krajowych inicjatyw oraz ustalaniu ogólnoeuropejskich mechanizmów wymiany najlepszych praktyk.

Wiele czynników sprawia, że skoordynowany program działań na poziomie UE jest w przypadku zagadnień dotyczących zdrowia bardziej korzystny niż indywidualne działania na poziomie poszczególnych Państw Członkowskich. Wśród tych czynników wymienić należy rosnący globalny charakter większości branż przemysłu z dziedziny żywności i żywienia, chęć zapobieżenia niepotrzebnemu rozrostowi obciążeń administracyjnych wynikających z różnych i często rozbieżnych programów krajowych oraz stymulowanie konkurencyjności w dziedzinie innowacyjności i badań.

Zasady działania

Tak istotne zagadnienie z dziedziny zdrowia publicznego wymaga zintegrowania różnych polityk, od tych dotyczących żywności i konsumentów, po te odnoszące się do sportu, edukacji i transportu. Otyłość występuje częściej w grupach o niższym statusie socjo-ekonomicznym, dlatego też należy zwrócić szczególną uwagę na społeczny wymiar tego problemu. W niniejszym dokumencie przedstawiono cztery podstawowe aspekty omawianego zagadnienia.

Działania powinny być prowadzone na wszystkich poziomach, na których podejmowane są decyzje, od lokalnego po Wspólnotowy. Działania Wspólnotowe powinny polegać na wdrażaniu odpowiednich polityk

i przedsięwzięć Wspólnotowych. Powinny także, jeśli będzie to pożądane, stanowić uzupełnienie polityk krajowych, jak przewiduje art. 152 Traktatu.

Po pierwsze, wszelkie przedsięwzięcia powinny być ukierunkowane na główne przyczyny problemów zdrowotnych. I tak określone w strategii działania powinny prowadzić do ograniczenia ryzyka spowodowanego niewłaściwym odżywianiem, niską aktywnością fizyczną a także – ale nie jedynie – nadwagą.

Po drugie, opisane działania powinny obejmować różne obszary polityki oraz różne poziomy sprawowania rządów, z wykorzystaniem instrumentów, takich jak legislacja, organizacje czy partnerstwa publiczno-prywatne oraz z zaangażowaniem sektora prywatnego i społeczeństw obywatelskich.

Po trzecie, aby strategia była skuteczna będzie ona wymagała szeregowego zaangażowania ze strony partnerów prywatnych, takich jak przemysł spożywczy oraz społeczeństwo obywatelskie oraz zaangażowania na poziomie lokalnym, obejmującego szkoły i lokalne organizacje.

Ponadto, co chyba najważniejsze, w nadchodzących latach niezbędne będzie monitorowanie prowadzonych działań. Już w tej chwili podejmowanych jest bardzo dużo działań, które mają na celu promocję zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, a ich liczba zwiększa się z roku na rok. Jednak są one w niewielkim stopniu lub nie są wcale monitorowane. W związku z tym ich

skuteczność jest w ograniczonym stopniu oceniana i nie wiadomo czy dane działania powinny zostać udoskonalone czy gruntownie zmienione.

Strategia oparta na partnerstwie

Według Komisji, rozwijanie efektywnej współpracy partnerskiej powinno być podstawą działań UE ukierunkowanych na problemy odżywiania, nadwagi i otyłości oraz wiążące się z nimi problemy zdrowotne.

Rozwijanie partnerstw na poziomie europejskim

Unijna Platforma ds. Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia zaczęła funkcjonować w marcu 2005 roku. Została ona stworzona „jako wspólne forum dla wszystkich zainteresowanych podmiotów na poziomie Europejskim”.

Forum podejmuje dobrowolne działania ukierunkowane na zwalczanie otyłości, mające uzupełniać i wspierać inne przedsięwzięcia. Wśród członków Forum znajdują się organizacje reprezentujące przemysł, ośrodki badawcze oraz społeczeństwo obywatelskie w dziedzinach dotyczących konsumentów i zdrowia publicznego. Członkowie, w ramach własnych dziedzin działania, zobowiązali się do podejmowania przedsięwzięć mających na celu walkę z otyłością. W marcu 2007 roku Platforma opublikowała ostatni raport monitoringowy, przedstawiający przeprowadzone do tego czasu działania.

Komisja pragnie kontynuować i rozwijać działania Platformy, które są kluczowym narzędziem wdrażania strategii. Na przestrzeni dwóch lat, członkowie Platformy zainicjowali ponad 200 przedsięwzięć dotyczących odżywiania i aktywności fizycznej w UE.

Ponadto zanotowano postęp w realizacji celu, polegającego na jasnym i wiarygodnym nadzorowaniu realizowanych działań oraz zaangażowaniu w nie społeczności lokalnych (udział krajowych, regionalnych i lokalnych władz).

Wzmacnianie lokalnych sieci działania

Konkretne efekty można osiągnąć jedynie w szerokim partnerstwie i z udziałem podmiotów lokalnych. W tym celu oraz aby wypracować wspólne podejście, istotne będzie stworzenie pewnych ram działania oraz odpowiednich forów, dla współdziałających ze sobą na różnych poziomach podmiotów. Europejska platforma stanowi model, który mógłby zostać wykorzystany także na poziomie lokalnym.

W myśl ogólnej zasady Komisja szacuje, iż fora te powinny charakteryzować się udziałem wielu zaangażowanych podmiotów, a koordynacją powinny zająć się władze krajowe. Zagwarantuje to zgodność z obowiązującymi w danym kraju założeniami zdrowia publicznego. Więcej poglądów Komisji na ten temat odnaleźć można w dokumencie podstawowym pt. „Generalising the idea of partnership” (Propagowanie idei partnerstwa).

Państwa Członkowskie powinny zachęcać do udziału w przedsięwzięciach media, aby opracowywały komunikaty i kampanie.

Dzięki Platformie podjęto wiele działań w różnych sektorach. Aby usprawnić kontakty z rządami i zapewnić skuteczną wymianę praktyk, Komisja powoła Grupę Wysokiego Szczebla, która zajmowałaby się sprawami żywienia w kontekście zdrowia, nadwagi i otyłości. Grupa ta zagwarantuje wymianę pomysłów i praktyk pomiędzy Państwami Członkowskimi, mając jednocześnie świadomość różnorodności rządowych rozwiązań w poszczególnych Państwach.

Łącznik z Platformą UE umożliwi szybkie komunikowanie się pomiędzy sektorami, zachęcając do sprawnej wymiany i nawiązywania partnerstw publiczno-prywatnych.

Zmieni się także rola istniejącej już Sieci ds. Odżywiania i Aktywności Fizycznej, która będzie wspierać i usprawniać pracę Grupy.

Spójność polityki na poziomie wspólnoty

Biała Księga koncentruje się na działaniach, które mogą zostać podjęte na poziomie Unii Europejskiej w celu poprawy odżywiania i związanych z nim problemów zdrowotnych. Skupia się ona na działaniach, których podjęcie pozostaje w gestii Wspólnoty (np. prawodawstwo czy finansowanie danych programów) lub tych, w przypadku, których można mówić o wartości dodanej w wymiarze europejskim np. usprawnienie komunikowania się z przedstawicielami międzynarodowych koncernów przemysłu spożywczego lub ustalenie porównywalnych wskaźników do oceny we wszystkich Państwach Członkowskich.

Lepiej poinformowani konsumenci

Wiedza, upodobania i zachowania poszczególnych osób – także te, które odnoszą się do stylu życia i nawyków żywieniowych – są kształtowane przez środowisko. W związku z tym należy zapewnić dostęp do prostych, spójnych i popartych dowodami informacji, z których można skorzystać podejmując decyzję o zakupie danego produktu spożywczego. Z drugiej strony konsumenci powinni mieć także dostęp do szerszego środowiska informacyjnego, kształtowanego przez czynniki kulturowe, takie jak media i reklama.

Komisja dostrzega obie te sfery. Znakowanie żywności to jeden ze sposobów przekazywania informacji konsumentom. Można go wykorzystać, aby zachęcić konsumentów kupujących żywność oraz napoje do sięgania po produkty zdrowe. Komisja przeprowadza właśnie przegląd prawodawstwa dotyczącego znakowania i pragnie zwrócić się do Parlamentu i Rady z propozycją zwiększenia roli znakowania w przekazywaniu informacji konsumentom. Po konsultacjach dotyczących znakowania produktów, które odbyły się wiosną 2006 roku, Komisja przeprowadza przegląd

sposobów znakowania żywności. Zagadnienia, które są analizowane to m.in. wprowadzenie obowiązku znakowania żywności, lista składników odżywczych, które należałoby umieścić na etykiecie oraz regulacje dotyczące znakowania przedniej strony opakowania (tj. znakowanie uproszczone oraz system „świateł drogowych”).

Innym aspektem tego zagadnienia jest rozporządzenie dotyczące oświadczeń składanych przez producentów żywności na temat ich produktów. Rozporządzenie (WE) nr 1924/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 20 grudnia 2006 roku w sprawie oświadczeń żywieniowych i zdrowotnych dotyczących żywności weszło w życie w styczniu 2007 roku. Chodzi o zagwarantowanie, aby oświadczenia żywieniowe i zdrowotne dotyczące żywności były oparte na dowodach naukowych oraz by niedokładne lub mylące oświadczenia nie wprowadzały w błąd konsumentów.

Marketing i reklama bardzo silnie wpływają na zachowania konsumentów. Dowiedziono, że reklama i marketing produktów żywnościowych wpływają na sposób odżywiania się, w szczególności dzieci. W okresie od października 2005 do marca 2006 roku Komisja zorganizowała Advertising Round Table – Okrągły Stół Branży Reklamowej. Rozmowy dotyczyły samoregulacji branży reklamowej oraz sposobu, w jaki prawo i samoregulacja mogłyby współdziałać i uzupełniać się. Wynikiem tego spotkania było opracowanie wzoru najlepszych praktyk w dziedzinie samoregulacji (czy też standardów dobrego zarządzania), który przedstawiono w sprawozdaniu z obrad. Standardy te powinny dotyczyć w szczególności reklamy żywności przeznaczonej dla dzieci. Należy w tym kontekście podkreślić sugestię Parlamentu Europejskiego, aby wprowadzić kodeks postępowania dotyczący reklamy żywności o wysokiej zawartości tłuszczu i cukru przeznaczonej dla dzieci. Kwestię tę podniesiono pod-

czas debaty na temat zmian w dyrektywie o Audiowizualnych Usługach Medialnych.

Nowa dyrektywa przewiduje, że dostawcy usług medialnych powinni być zachęceni przez Państwa Członkowskie oraz Komisję do opracowywania zasad przekazu reklamowego, którego tematem jest żywność i napoje przeznaczone dla dzieci. Na tym etapie Komisja jest zdania, iż należy utrzymać istniejące na poziomie UE podejście oparte na dobrowolności. Uzasadnia je fakt, iż w ten sposób działania, mające na celu opanowanie wciąż rosnących wskaźników nadwagi i otyłości, będą szybkie i bardziej skuteczne. W 2010 roku Komisja podda to podejście ocenie. Oceni również inne przedsięwzięcia podejmowane przez przemysł spożywczy i określi potrzebę ewentualnych nowych rozwiązań.

Większa dostępność zdrowej opcji

Zdrowy wybór to zdrowe produkty dostępne dla konsumentów. Wspólna Polityka Rolna (CAP) odgrywa istotną rolę w produkcji i dystrybucji żywności w Europie. Gwarantuje ona dostępność żywności spożywanej przez Europejczyków. Tym samym odgrywa ważną rolę w kształtowaniu europejskiej diety i może przyczyniać się do zwalczania nadwagi i otyłości. W ramach CAP Komisja zobowiązana jest do działania na rzecz zdrowia publicznego. Najnowszym przykładem takich działań może być reforma Wspólnych Organizacji Rynku (ÓMO) owoców i warzyw, mająca na celu promowanie spożywania owoców i warzyw w szczególnych miejscach, takich jak szkoły.

I tak w ramach reformy sektora owocowo-warzywnego, Komisja proponuje promowanie spożywania owoców i warzyw wśród dzieci. Jedną z przedstawionych propozycji zakłada, że nadprodukcja tych produktów mogłaby trafiać do placówek szkolno-wychowawczych i ośrodków wypo-

czynkowych dla dzieci. Komisja proponuje także zwiększenie współfinansowania UE do 60 procent dla projektów promujących spożywanie owoców i warzyw przez młodych konsumentów (dzieci poniżej 18 roku życia). Organizacje producentów powinny skierować swoje kampanie, finansowane z budżetu Unii Europejskiej, szczególnie do młodych konsumentów. W tym kontekście inny ważny aspekt to opracowanie sposobów zapewnienia przystępnych cen owoców i warzyw, aby zachęcić do ich spożywania, szczególnie ludzi młodych. Szkolny program owocowy współfinansowany przez Unię Europejską będzie ważnym krokiem w dobrym kierunku. Program ten, skierowany do dzieci w wieku od 4 do 12 lat, będzie częścią reformy sektora owocowo-warzywnego.

Rośnie zainteresowanie składem produkowanej żywności, a także modyfikacjami receptur, które mogą wpłynąć na podniesienie wartości zdrowotnej diety. Producenci podjęli już pewne ważne kroki w tym kierunku, ale przedsięwzięcia te różnią się w różnych Państwach Członkowskich i w zależności od produktu. Niektóre Państwa Członkowskie promują zmiany składu produktów, dotyczące np. zawartości tłuszczu, tłuszczów nasyconych oraz tłuszczów trans, soli oraz cukru. Ankieta przeprowadzona w 2006 roku przez Konfederację Producentów Żywności i Napojów UE (CIAA) w trzech przedsiębiorstwach wykazała, że w 2005 i 2006 roku zmieniono skład przynajmniej 50 procent produktów. Zmiany dotyczyły wielu produktów, w tym m.in. płatków śniadaniowych, napojów, herbatników, ciastek, nabiału, sosów, zup, przypraw, olejów, przekąsek i produktów zawierających cukier.

Komisja proponuje rozpocząć w 2008 roku badania nad ewentualnymi zmianami składu produktów, które miałyby na celu obniżenie zawartości substancji przyczyniających się do rozwoju chorób przewlekłych. Przedsię-

wzięcie to objęłyby także ocenę działań podjętych do tego czasu na podstawie odpowiednich uregulowań, a także tych podjętych dobrowolnie. Ocena ta mogłaby stać się podstawą do ewaluacji postępów w przyszłości.

Komisja pragnie także wspierać w partnerstwie z innymi podmiotami kampanie promujące ograniczenie ilości soli zawartej w produktach oparte na jasnych dowodach ich skuteczności, a także bardziej ogólne kampanie mające na celu poprawę wartości odżywczej produktów wytwarzanych w Unii Europejskiej.

Promowanie aktywności fizycznej

Aktywność fizyczna to termin, który obejmuje wiele form aktywności, od zorganizowanych sportów po „aktywne przemieszczanie się” z i do pracy (pieszo, rowerem lub w jakikolwiek inny aktywny sposób) oraz zajęcia ruchowe na powietrzu. Zdaniem Komisji Pań-

stwa Członkowskie oraz Unia Europejska muszą podjąć działania mające na celu promowanie aktywności fizycznej, aby odwrócić spowodowaną wieloma czynnikami tendencję do zmniejszania się aktywności.

Indywidualne poszukiwania sposobów zwiększenia codziennej aktywności fizycznej powinny być wspierane poprzez stworzenie odpowiednich warunków środowiska fizycznego i społecznego sprzyjających aktywności ruchowej.

Projekty promujące chodzenie i jazdę na rowerze są bardzo ważnym elementem tych działań i Komisja zachęca lokalne władze do składania wniosków dotyczących takich projektów. Komisja pragnie jednocześnie zagwarantować że dotacje na cele infrastruktury publicznej będą wykorzystywane na cele związane z promowaniem zdrowego stylu życia, takie jak „aktywne przemieszczanie się”. Komisja deklaruje jednocześnie, że w 2007

roku opublikuje „miejski przewodnik” dla władz lokalnych, który przyczyniłby się do podniesienia świadomości w zakresie możliwości uzyskania dotacji w różnych sektorach.

W 2007 roku Komisja Europejska opublikuje Zieloną Księgę transportu miejskiego, która w 2008 roku zostanie uzupełniona odpowiednim Planem Działania. Komisja ma także zamiar opublikować wskazówki dotyczące planów zrównoważonego transportu miejskiego.

Komisja przygotuje także Białą Księgę transportu, w której przedstawi propozycje dotyczące tego, w jaki sposób zachęcić do uprawiania sportu w UE. Zaproponuje jednocześnie rozszerzenie pojęcia sportu do bardziej ogólnie pojętej aktywności fizycznej.

Priorytetowe miejsca i grupy docelowe

Istnieją dowody wskazujące na to, że problem otyłości postępuje w bardzo

reklama



Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. (0-42) 630-95-59
0-784 009 277
Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

WYBIERZ DODATKOWY KURS
GRATIS

RESUSCYTACJA
AKTY PRAWNE W MEDYCYNIE
OPIEKA STOMIJNA
PRZEMOC W RODZINIE
I WIELE INNYCH!



ZAPRASZAMY NA KURSY

KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne

KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK

Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej • Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Podstawy opieki paliatywnej • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego

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

**PŁATNOŚĆ
ROZKŁADAMY NA
DOGODNE RATY**

OIPiP w Łodzi zwraca 50% poniesionych kosztów uczestnictwa w kursach
GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 2 KURSY W JEDNYM!
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl

szybkim tempie wśród dzieci w Europie oraz że dotyka on w szczególności osoby z grup o niskim statusie socjo-ekonomicznym. Dwa spośród celów określonych w polityce spójności na lata 2007 – 2013 dotyczą działań miast na rzecz rozwoju i pracy oraz ochrony zdrowia zatrudnionych.

W programach, które dotyczą terenów miejskich, środki przeznaczone na regenerację przestrzeni publicznej powinny obejmować budowę infrastruktury w rejonach uboższych, tj. tworzenie atrakcyjnych miejsc do aktywnego spędzania czasu. Jednocześnie priorytety programu odnoszące się do zdrowia zatrudnionych powinny pomóc zmniejszyć nierówności w zakresie infrastruktury zdrowotnej i ryzyka zdrowotnego. Działania promujące aktywność fizyczną powinny odgrywać kluczową rolę wśród priorytetów takich programów.

Dzieciństwo jest bardzo ważnym okresem życia, kiedy to kształtują się zdrowe zachowania oraz nabywane są pewne umiejętności niezbędne dla utrzymania zdrowego trybu życia. Szkoły bez wątpienia odgrywają kluczową rolę w tym procesie. Badania wykazały, że działania ukierunkowane na lokalne społeczności, z szerokim udziałem partnerów, skierowane do dzieci w wieku od 0 – 12 lat skutecznie wpływają na zachowania tych dzieci w dłuższej perspektywie czasowej. Należałoby skupić się na edukacji w zakresie odżywiania oraz aktywności fizycznej.

Edukacja zdrowotna i wychowanie fizyczne są głównymi tematami Programu pt. „Uczenie się przez całe życie” (Lifelong Learning Programme) na lata 2007 – 2013, a w szczególności części programu Comenius dotyczącej edukacji szkolnej. W ich ramach można będzie prowadzić projekty dotyczące zarówno odżywiania, jak i aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem następujących zagadnień: sport, wzmocnienie współpracy pomiędzy szkołami, ośrodki szkolenia

dla nauczycieli, lokalne i krajowe władze oraz kluby sportowe.

W 2007 roku Komisja sfinansuje badania dotyczące związków pomiędzy otyłością i statusem socjo-ekonomicznym, aby później opracować jak najskuteczniejsze działania walki z tym problemem w grupie o niskim statusie socjo-ekonomicznym.

Naukowe uzasadnienia jako pomoc przy określaniu kierunków polityki

Komisja pragnie rozbudować solidne podstawy, jakie stworzyły przeprowadzone wcześniej badania dotyczące odżywiania, otyłości oraz najważniejszych chorób spowodowanych niezdrowym stylem życia, takich jak rak, cukrzyca oraz choroby układu oddechowego. Zdaniem Komisji należy przeprowadzić dodatkowe badania na temat czynników determinujących wybory żywieniowe. Komisja określi w ramach Siódmego Programu Ramowego główne linie badań nt. zachowań konsumentów, wpływu żywności i odżywiania na zdrowie, czynników zapobiegania otyłości w grupach docelowych, takich jak niemowlęta, dzieci i młodzież oraz skutecznych sposobów wpływania na dietę. Program będzie także podejmował zagadnienia, takie jak czynniki wpływające na zdrowie, zapobieganie chorobom i promocja zdrowia w ramach tematu „Optymalizacja usług opieki zdrowotnej świadczonych obywatelom UE”.

Od 2006 roku Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) pełni nową funkcję – doradza on Komisji w kwestiach wdrażania Rozporządzenia w sprawie oświadczeń żywieniowych i oświadczeń zdrowotnych dotyczących żywności. Te nowe obowiązki polegają na doradzaniu w kwestiach dotyczących profili składników odżywczych produktów opatrzonych oświadczeniami zdrowotnymi oraz oceny naukowego uzasadnienia tych oświadczeń. Inny przykład działań prowadzonych przez EFSA w dzie-

zinie związanej z odżywianiem to uaktualnianie referencyjnych wartości spożycia energii oraz substancji odżywczych.

Rozwijanie systemu monitoringu

Sposoby zbierania krajowych danych dotyczących wskaźników otyłości i nadwagi są w niewielkim stopniu zharmonizowane. Utrudnia to znacznie porównanie sytuacji w różnych krajach UE. Ponadto jest niewiele danych z dziedzin tak ważnych, jak spożycie żywności.

Komisja zauważyła potrzebę wzmocnienia monitoringu na trzech głównych poziomach. Po pierwsze na poziomie makro, aby dostarczać spójne, porównywalne informacje dotyczące ogólnych wskaźników procesu w kontekście zestawienia wskaźników zdrowotnych Wspólnoty Europejskiej (European Community Health Indicators – ECHI), odnoszących się do diety i aktywności fizycznej, takich jak prewalencja otyłości. Po drugie, należy pozyskiwać aktualne informacje na temat działań, które są prowadzone w Państwach Członkowskich, aby je monitorować i oceniać ich skuteczność. Po trzecie, w odniesieniu do indywidualnych projektów i programów – pamiętając o znaczeniu, jakie mają one w skutecznej odpowiedzi ze strony społeczeństwa na dany problem.

Aby wesprzeć monitorowanie na poziomie makro, Komisja Europejska opracowała Europejski Sondaż Zdrowotny (EHIS), który będzie gotowy do wykorzystania w 2007 roku. Ponadto Komisja opracuje zharmonizowane metody systematycznego gromadzenia danych w ramach Europejskiego Systemu Statystycznego (ESS). Będą to dane statystyczne dotyczące wykonanych samodzielnie pomiarów wzrostu i wagi, wyników aktywności ruchowej oraz częstotliwości spożywania owoców i warzyw.

Do 2010 roku Komisja planuje opracowanie Europejskiego Sondażu

dotyczącego Badań Zdrowotnych (EHES), aby zbierać obiektywne informacje dotyczące żywienia, w tym m.in. wskaźnik masy ciała BMI, poziom cholesterolu i dane na temat nadciśnienia w wybranej przypadkowo grupie populacji. EUROSTAT jest w trakcie opracowywania pierwszego zestawu wskaźników odnoszących się do spożycia żywności, który umożliwi monitorowanie sposobów odżywiania i trendów panujących w odżywianiu. We wszystkich działaniach prowadzonych w ramach ESS szczególny nacisk położony jest na to, by dane i wskaźniki określające status zdrowotny (w tym otyłość) oraz styl życia (w tym dotyczące żywienia i aktywności fizycznej) były wiarygodne.

Główne cele polegają na określeniu działań i strategii, które mają być realizowane w Państwach Członkowskich oraz wzmocnieniu monitoringu i oceny skuteczności tych przedsięwzięć. Komisja będzie nadal wspierać monitoring w ramach projektów Programu Zdrowia Publicznego, które zachęca ją do wymiany informacji dotyczących dobrych praktyk w dziedzinie odżywiania, aktywności fizycznej i zapobiegania nadwadze.

Poziom państw członkowskich

Komisja opracowała pełną listę działań, które mogą być prowadzone w ramach jej kompetencji w różnych sektorach. Jednak, jak już wspomniano, pewne przedsięwzięcia podejmowane przez Państwa Członkowskie muszą mieć pierwszeństwo i są niezbędne w skutecznych działaniach dotyczących odżywiania oraz nadwagi i otyłości. Pełna lista przedsięwzięć, które mogą być podejmowane przez Komisję w ramach jej kompetencji w różnych sektorach, ma służyć wspieraniu i uzupełnianiu działań podejmowanych przez Państwa Członkowskie.

Różne sposoby odżywiania w różnych Państwach Członkowskich oraz różne polityki Państw w tym zakresie

są bardzo ważne. Należy poszerzać prowadzone działania na poziomach regionalnym i lokalnym, które są bliższe obywatelom UE. Na tych poziomach można potwierdzić lub dostosować do lokalnego kontekstu ogólne strategie. Działanie te muszą także być monitorowane, oceniane i omawiane.

Komisja będzie przygotowywać zestawienia oraz, wspólnie z Grupą Wysokiego Szczebla, ocenę tych krajowych i regionalnych działań oraz udostępniać je na swojej stronie internetowej. Komisja pragnie wykorzystywać wspomnianą Grupę Wysokiego Szczebla do promowania rozpowszechniania najlepszych praktyk oraz dostarczania wsparcia, które będzie uznane za stosowne na szczeblu Wspólnotowym.

Państwa Członkowskie będą także odgrywać czynną rolę w tworzeniu partnerstw dla lokalnych przedsięwzięć, które będą wspierać inicjatywy dobrowolne, jak np. promowanie odpowiedzialnej reklamy.

Co mogą zrobić podmioty prywatne

Podmioty prywatne mogą w istotny sposób poszerzać możliwości zdrowego wyboru i zachęcić konsumentów do podejmowania zdrowych decyzji dotyczących stylu życia. Ich działania w tym zakresie powinny uzupełniać politykę i inicjatywy legislacyjne na poziomie europejskim i krajowym. Tam, gdzie partnerzy prywatni prowadzą działania w kilku Państwach Członkowskich jeszcze szersze pole działania pozwoli opracować wspólną spójną strategię dla wszystkich konsumentów w UE.

Zdrowa opcja bardziej dostępna i przystępna cenowo: Przemysł spożywczy (od producentów, do sprzedawców detalicznych) mógłby np. zrewidować receptury tak, by zmniejszyć zawartość soli, tłuszczu (szczególnie tłuszczów nasyconych oraz tłuszczów trans) oraz cukru. Poprawę z pewnością odczuliaby konsumenci w całej Unii Europejskiej.

Należałoby jednocześnie zastanowić się nad sposobami promowania produktów o zmienionym składzie wśród konsumentów.

Dowiedziano, iż dobre praktyki sprzedawców detalicznych w Państwach Członkowskich, polegające na oferowaniu zdrowych produktów, takich jak owoce i warzywa w przystępnych cenach w regularnej sprzedaży, doprowadziły do pozytywnych zmian w sposobie odżywiania.

Informowanie konsumentów: Sprzedawcy detaliczni oraz przedsiębiorstwa sektora spożywczego powinny włączyć się do krajowych inicjatyw dobrowolnych.

Komisja pragnie promować dobre zasady w reklamie i marketingu, poprzez stosowanie w wszystkich Państwach Członkowskich wzorców określonych przez Europejskie Stowarzyszenie Standardów Reklamy – EASA (European Advertising Standards Alliance). Pojawił się nowy zapis w Dyrektywie o Audiowizualnych Usługach Medialnych, która przewiduje, że Państwa Członkowskie powinny promować krajowe systemy oparte na współregulacji i samoregulacji, akceptowane przez odpowiednie podmioty.

Komisja jest otwarta także na inne inicjatywy, które byłyby użyteczne w wypełnianiu tego celu.

Możliwości monitoringu różnią się w różnych krajach UE. Stąd potrzeba wzmocnienia systemów samoregulacji i nakierowanie ich na wzór najlepszych praktyk wskazany przez Komisję. Platforma może tu odegrać ważną rolę stanowiąc forum w zakresie monitoringu na poziomie krajowym i ponad krajowym dla producentów żywności, sprzedawców detalicznych oraz branży reklamowej.

Promowanie aktywności fizycznej:
1. Organizacje sportowe mogłyby podjąć współpracę z zespołami ds. zdrowia publicznego w celu opracowania kampanii reklamowo-marketingowych promujących aktywność ruchową szczególnie w grupach docelowych

ludzi młodych oraz grupie o niższym statusie socjo-ekonomicznym. Wkrótce ukaże się Biała Księga na temat sportu, w której zostanie opisana rola takiej współpracy.

2. Podmioty działające na poziomie lokalnym i regionalnym powinny angażować się w działania na rzecz zwiększenia aktywności fizycznej we współpracy z lokalnymi władzami. Dzięki temu cele zdrowia publicznego mogłyby zostać uwzględnione w planach budynków i przestrzeni miejskich, takich jak place zabaw dla dzieci oraz systemy transportu.

Szkoły są odpowiedzialne za uświadomienie dzieciom wagi zdrowego odżywiania i ruchu oraz korzyści z nich płynących. Mogą być wspierane poprzez odpowiednie partnerstwa ze stroną prywatną, z przedsiębiorcami. Szkoły powinny stanowić szczególnie chronione środowisko i takie partnerstwa powinny być podejmowane w sposób przejrzysty i nie dla zysku.

Przedsiębiorcy mogą także wspierać promocję zdrowego stylu życia w miejscach pracy. Razem z organizacjami pracowniczymi, powinni oni opracowywać propozycje sposobów, odpowiednich dla firm różnej wielkości, dzięki którym mogłyby one wprowadzić proste i niewymagające nakładów finansowych środki promocji zdrowego stylu życia wśród pracowników.

Europejskie i krajowe medyczne organizacje zawodowe powinny opracować sposoby na udoskonalenie szkolenia pracowników medycznych w zakresie związanych z żywieniem i aktywnością fizyczną czynników zagrożających zdrowiu (takich jak nadwaga i otyłość, ciśnienie krwi, aktywność fizyczna), ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki i stylu życia.

Organizacje społeczeństwa obywatelskiego, w szczególności te, które zajmują się sprawami zdrowia publicznego, młodzieżą i sportem, powinny opracować ocenę wpływu strategii oraz działań na wszystkich poziomach.

Współpraca międzynarodowa

Komisja podejmie współpracę w WHO w celu opracowania systemu nadzoru dotyczącego żywienia i aktywności fizycznej dla 27 krajów UE. Będzie to jedno z działań przewidzianych w Europejskiej Karcie Walki z Otyłością przyjętej 16 listopada 2006 roku w Istambule. W 2007 roku WHO zamierza przyjąć Drugi Plan Działania w sprawie Żywności i Żywienia dla Europy. Komisja Europejska odnosi się pozytywnie do tej inicjatywy. Dzięki niej powstanie zaktualizowany ramowy plan działań w dziedzinie zdrowia publicznego, w który zostaną wpisane przyszłe działania, a Komisja zamierza aktywnie uczestniczyć w tych działaniach.

Wnioski i monitoring

Prewalencja otyłości będzie jednym z podstawowych wskaźników, które pozwolą zmierzyć poprawę sytuacji w UE osiągniętą dzięki tej strategii. Nawiązując do Karty WHO, Państwa Członkowskie UE oświadczyły, że „odczuwalna poprawa, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, powinna nastąpić w większości Państw w ciągu 4 – 5 najbliższych lat, a najpóźniej do 2015 roku negatywna tendencja powinna zostać odwrócona”.

Komisja przeprowadzi w 2010 roku ocenę sytuacji dotyczącej otyłości, aby sprawdzić, w jakim stopniu jej własna polityka zgodna jest z celami przedstawionymi w tej Księdze oraz w jakim stopniu inne podmioty w UE uczestniczą w realizacji tych celów.

W branżach, które przyjęły propozycje lub wskazania dotyczące planowanych działań, przegląd w 2010 roku pozwoli zobaczyć konkretne efekty. W przypadku samoregulacji danej branży, przegląd wykaże czy środki są odpowiednio wdrażane oraz jakie są ich efekty.

Przedruk z Biuletynu OIPiP w Katowicach „Nasze sprawy” wrzesień 2007

podziękowania

Pragniemy złożyć serdeczne podziękowania kierownikowi zespołu pielęgniarskiego pani **Elżbiecie Mamińskiej**, ordynatorowi **dr.n.med. Grzegorzowi Kruszyńskiemu**, całemu **zespółowi pielęgniarskiemu i lekarskiemu oraz paniom salowym Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala im. dr. Władysława Biegańskiego w Łodzi** za profesjonalną opiekę, troskę i okazane serce do ostatnich chwil życia naszego Taty Kazimierza Dragana. Wszyscy życzylibyśmy sobie żeby zawsze spotkać na swej drodze personel medyczny tak oddany i zaangażowany w leczenie i opiekę nad chorym bezbronnym człowiekiem.

z wyrazami szacunku
wdzięczne córki
Małgorzata Dragan
Kujawa i Ewa Matuszewska

Pragnę złożyć serdeczne podziękowania **pielęgniarcie oddziałowej oraz całemu personelowi pielęgniarskiemu Oddziału Wewnętrznego A oraz pielęgniarcie socjalnej Szpitala Jonschera w Łodzi** za troskliwą, fachową i bezinteresowną opiekę oraz serce, życzliwość i ogromne wsparcie okazane w czasie ciężkiej choroby mojego ojca – Lecha Pawłowskiego

Maciej Pawłowski
z najbliższą rodziną



mgr Joanna Rogozińska

Rzeczpospolita niepełnosprawna

Niepełnosprawni. Coraz efektywniej udaje im się przebijać do społecznej świadomości, coraz więcej się o nich mówi. Może jest to swoistego rodzaju moda, może naturalny postęp cywilizacyjny. Niepełnosprawni wreszcie wychodzą z cienia.

Kim jest osoba niepełnosprawna? Wydaje się, że każdy z nas intuicyjnie potrafi zdefiniować to pojęcie. Są tacy, którzy dzielą ludzi na niepełnosprawnych i zdrowych, choć niepełnosprawność, będąca zazwyczaj skutkiem wypadku lub choroby, jest raczej stanem stabilnym, utrwalonym, nie wymagającym intensywnego leczenia.

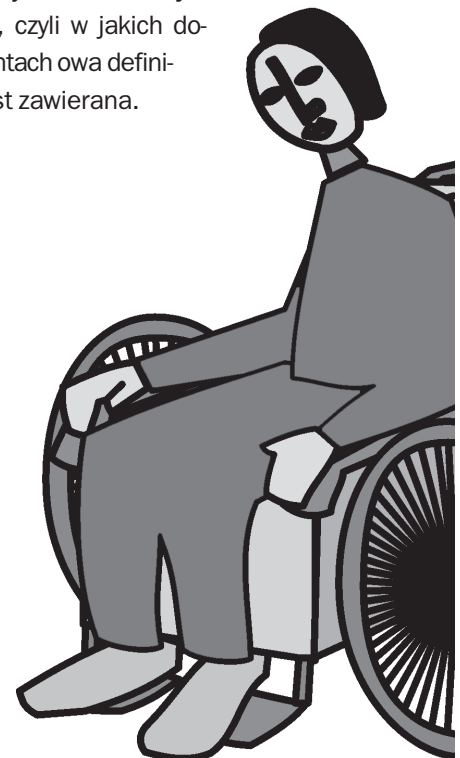
Jeszcze inni dzielą ludzi na niepełnosprawnych i normalnych, co w praktyce okazuje się daleko mylne. Co jest normą, według której można zdefiniować „normalność” człowieka, a tym samym jej przeciwieństwo? Przecież o normalności nie może przesądzać wygląd człowieka. Są też tacy, którzy za kryterium podziału uznają szczęście. Bywa np., że widząc dziecko z zespołem Downa ludzie stwierdzają, że jest nieszczęśliwe, a przecież nie ma żadnego związku pomiędzy poczuciem szczęścia a mądrością czy sprawnością ruchową. Gdyby taki związek istniał, to sportowiec i to do tego mądry sportowiec musiałby być

zawsze i wszędzie szczęśliwy. A przecież tak nie jest. Wielokrotnie zaśluzeni mistrzowie cierpią na stare lata z powodu obciążających organizm skutków uprawianego niegdyś sportu. Natomiast osoba niewidoma lub niesłysząca – mimo uszkodzenia któregoś z narządów, co jest widoczne na zewnątrz – może być zdrowa jak ryba, a osoba np. z chorobą nerek – bez skutków zewnętrznych – może być ciężko niepełnosprawna. Biorąc pod uwagę wymienione wyżej fakty, należy uświadomić sobie, jak bardzo w życie każdego z nas wpisana jest niepełnosprawność.

Małe dziecko, choć z medycznego punktu widzenia jest całkowicie zdrowe, wymaga stałej pieczy i pielęgnacji. Dorosły człowiek, w zależności od koleji jego życia, bywa bardziej lub mniej sprawny ruchowo, wzrokowo, słuchowo czy intelektualnie. Ponadto, generalnie rzecz ujmując, wraz z wiekiem każdemu z nas brakuje sprawności, aż wielokrotnie dochodzi do sytuacji, że trzeba się nami opiekować jak maleń-

kim dzieckiem. Wszyscy więc zmierzamy do kresu zwykłej ludzkiej sprawności. Niepełnosprawność nie jest – jak wynika z powyższego – doświadczeniem wąskiego grona mieszkańców ziemi, lecz zjawiskiem całkowicie naturalnym i powszechnym.

O tym, kogo uznaje się za niepełnosprawnego zależą rozwiązania systemowe w tej dziedzinie, czyli w jakich dokumentach owa definicja jest zawierana.



Od tego też zależy jakość życia wielu ludzi i funkcjonowanie całego społeczeństwa.

Pierwszą na świecie ustawą dotyczącą tematu była Ustawa o Niepełnosprawnych Amerykanach z 1990 roku (powszechnie znana jako ADA). Oparta była na ustawie o rehabilitacji i określała osobę niepełnosprawną jako taką, która doznaje utrudnień fizycznych bądź umysłowych, jeśli wpływają w sposób znaczący na podstawowe czynności życiowe (chodzenie, mówienie, oddychanie, pracę) tej osoby. Niepełnosprawny to także osoba, u której zaburzenia takie wystąpiły w przeszłości i w związku z tym uważa się ją jako niepełnosprawną. Z jednej strony niepełnosprawność wywodzi się tutaj z tradycji budowania społeczeństwa demokratycznego i państwa prawa z drugiej zaś służy zagwarantowaniu pełni korzystania z praw obywatelskich, mając jednocześnie wymiar zarówno podmiotowy jak i konstytucyjny.

W Finlandii pojęcie niepełnosprawności definiuje ustawa z 1987 roku o usługach i środkach wsparcia świadczonych z tytułu niepełnosprawności. Według § 2 tej ustawy za niepełnosprawną uznaje się osobę,

która z powodu ograniczeń lub choroby ma długotrwałe szczególne trudności, aby sprostać zwykłym czynnościom życiowym. W tym kraju niepełnosprawność funkcjonuje przede wszystkim w sferze wspierania społecznego, czyli zapewnienia osobie niepełnosprawnej właściwych warunków życia, odpowiadających jej aspiracjom i uwzględniających rodzaj i stopień niepełnosprawności.

W Polsce uregulowania odnoszące się do niepełnosprawności zawiera ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r., nr 123, poz. 776 z późn. zm.) o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Wyróżnia ona w art. 4 trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki. Zaliczenie do konkretnej kategorii zależy od zakresu zdolności do wykonywania zatrudnienia w sytuacji naruszenia sprawności organizmu. A więc za osobę niepełnosprawną uważa się każdego, kto posiada odpowiednie orzeczenie, wydane przez organ do tego uprawniony lub osobę, która nie posiada takiego orzeczenia, ale odczuwa ograniczenie sprawności w wykonywaniu podstawowych czynności dla swojego wieku takich jak: zabawa, nauka, praca, samoobsługa. Cechą wyróżniającą jest ustalenie potrzeby stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. Ostatni termin oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspakajanie – bez pomocy innych osób – podstawowych potrzeb życiowych takich jak: samoobsługa, poruszanie się, komunikacja i komunikowanie się. W naszym kraju niepełnosprawność – za sprawą ustawy – ujmowana jest w sferze produktywności, czyli zdolności do pracy, przydatności i użyteczności dla ogółu.

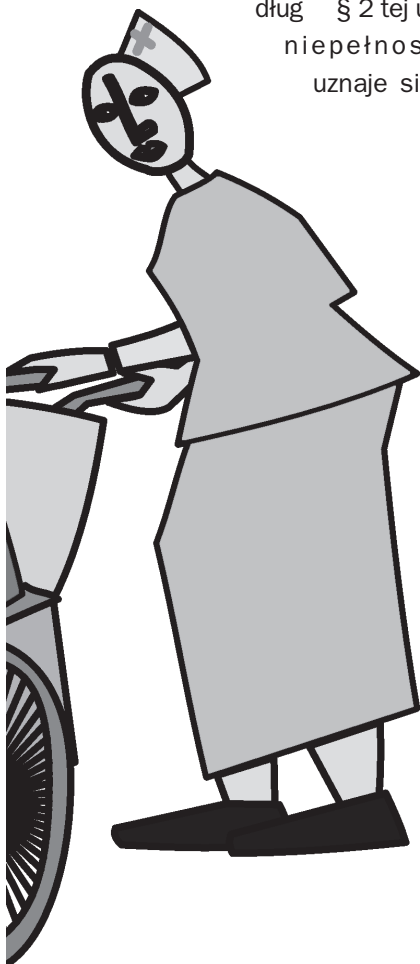
Skutki niepełnosprawności dotyczą nie tylko osób nią dotkniętych, lecz także wielu innych osób z ich oto-

czenia: rodzin, sąsiadów, przyjaciół, lekarzy, rehabilitantów, pielęgniarek, nauczycieli, pracowników socjalnych. Na co dzień z niepełnosprawnością ma więc do czynienia około 1/3 ogółu społeczeństwa. Coraz więcej ludzi dotkniętych w jakiś sposób ułomnością pojawia się na ulicach. Niestety, mimo że problem osób niepełnosprawnych omawiany jest w coraz szerszych kręgach społeczeństwa, to kojarzy się nadal z wieloma barierami, zwłaszcza technicznymi i architektonicznymi.

Oprócz barier widocznych, istnieją bariery niewidoczne związane ze sferą psychologiczno - mentalnościową. Społeczeństwo przekonane jest, że tak naprawdę niepełnosprawnych jest niewiele, a więc nie stanowią wielkiego problemu. Ponadto przybierają oni postawę bierną wobec życia, bo rzadko widać ich w szkołach, zakładach pracy, kinach, teatrach, sklepach, a także są nieszczęśliwi z powodu swej niepełnosprawności, nie posiadają odpowiednich kwalifikacji czy umiejętności. Zniekształcona i ograniczona informacja na temat osób ułomnych kształtuje niewłaściwe opinie w kręgach decyzyjnych, co skutkuje barierami prawnymi, organizacyjnymi czy finansowymi.

Istnienie barier generuje w sposób oczywisty dostęp do instytucji publicznych (urzędów, szkół, instytucji kultury), uniemożliwia w znaczny sposób aktywność zawodową, jednocześnie pociąga za sobą izolację, która stanowi najbardziej powszechny sposób dyskryminacji. I mimo iż mówi się o specjalnej trosce, życzliwości, uprawnieniach, to nadal dostęp do placówek pożytku publicznego bronią schody, wąskie drzwi, brak znajomości języka migowego, brak niskopodłogowych autobusów i tramwajów.

Tak więc niepełnosprawny, któremu konstytucja i inne zapisy prawne gwarantują takie same prawa jak pozostałym pełnosprawnym członkom społeczności, nie może z nich korzystać.



A przecież niepełnosprawni mają pełną możliwość aktywnego życia. Czy coś można zatem zmienić w systemie, aby im to ułatwić? Można zmienić przepisy prawne zarówno polskie jak i unijne, można za pośrednictwem instytucji pozarządowych realizować rozmaite programy, można pokazywać przykłady życia innych ludzi, którzy nie zważając na swoją niepełnosprawność żyją jak najbardziej aktywnie. Ważne jest także poznanie i ocena określonych zjawisk społecznych, które ukazują szeroką praktykę, badanie jak wielu jest niepełnosprawnych i jak radzą oni sobie w codziennym życiu. Trzeba zauważyć, iż aktywność osób niepełnosprawnych przejawia się w różny sposób: poprzez działalność artystyczną, sport, działalność społeczną. Najwyższy poziom aktywności stanowi praca zawodowa. Do odpowiedniego poziomu aktywności zawodowej prowadzą: usprawnianie poprzez rehabilitację, zaopatrzenie w indywidualnie dopasowane pomoce techniczne (wózek inwalidzki, okulary, samochód, aparat słuchowy, komputer z oprogramowaniem dla osoby niewidomej, itp., pomoc innej osoby lub psa przewodnika, dostęp do edukacji z równych prawach, przestrzeń publiczna wolna od barier.

Sprawy dotyczące w Polsce osób niepełnosprawnych regulowane są w wielu aktach prawnych różnej rangi, począwszy od konstytucji, poprzez ustawy, rozporządzenia czy zarządzenia wykonawcze. Największe znaczenie oczywiście ma Konstytucja RP. Art. 69 stanowi, co następuje: „Osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają, zgodnie z ustawą, pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej”. Artykuł ten nie ma jednak bezpośredniego zastosowania, konkretne uprawnienia lub obowiązki może dać lub nałożyć dopiero ustawa.

Zmianę sytuacji osób niepełnosprawnych przynajmniej pod względem zatrudnienia zmieniała wspomnia-

na już ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Ustawa ta wprowadziła obowiązek zatrudniania osób niepełnosprawnych, (co sprawia, że ma ona charakter antydyskryminacyjny w sferze zatrudnienia), którego naruszenie obłożone jest sankcją finansową.

Jednocześnie ustawa wprowadza różnego rodzaju zachęty finansowe do zatrudniania osób niepełnosprawnych (zwrot kosztów, zwolnienia podatkowe, preferencyjne kredyty).

Ustawa i utworzony przez nią Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zasadniczo zmieniły zakres i sposób postrzegania problemów związanych z niepełnosprawnością, ujawniły skalę potrzeb i ogrom zaniedbań, rozbudziły wielkie nadzieje i liczne inicjatywy społeczne, głównie o zasięgu lokalnym. Osoba niepełnosprawna może uzyskać środki finansowe (pożyczkę) na rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej bądź otrzymać sfinansowanie kosztów szkolenia. Przedsiębiorca, który zatrudnia taką osobę może uzyskać pomoc finansową na związane z tym koszty – refundację kosztów przystosowania stanowiska, obniżonej wydajności oraz skróconego czasu pracy, a także dofinansowanie do wynagrodzenia wypłacanego niepełnosprawnemu pracownikowi.

Szczególne uprawnienia przysługują pracodawcy, który zatrudnia co najmniej 25 pracowników, a 40% spośród nich stanowią osoby niepełnosprawne. Może on bowiem uzyskać status zakładu pracy chronionej, co stwierdza wojewoda swoją decyzją. Taki status umożliwi uzyskanie w szerszym zakresie pomocy publicznej, w tym zwolnień podatkowych i refundacji składek na ubezpieczenie społeczne. Niestety, ciągłe zmiany przepisów dotyczących zakładów pracy chronionej oraz coraz mniejsze środki publiczne przeznaczane na ich funkcjonowanie sprawiają, że ich liczba maleje z roku na rok.

Dołączanie Polski do wspólnot międzynarodowych, oznacza, że i w Polsce należy stosować m.in. zalecenia Rady Europy z kwietnia 1992 roku, dotyczące wspólnej polityki wobec ludzi niepełnosprawnych. W zaleceniach tych stwierdzono:

„Zważywszy, że brak troski o prawa niepełnosprawnych obywateli oraz o poprawę ich bytu jest zaprzeczeniem ich ludzkiej godności, pociąga za sobą poważne konsekwencje finansowe i postawy, które przejawiają się następująco:

- wielu ludzi niepotrzebnie uzależnia się od innych oraz traci zdolność do jakiegokolwiek twórczej działalności ekonomicznej i socjalnej,

- tego typu zależnościom przeciwdziała się tylko za pomocą środków finansowych, podczas gdy taka pomoc powinna być jednym, ale nie jedynym punktem polityki wobec ludzi niepełnosprawnych (...).”

Istnienie dyskryminacji zostało zatem dostrzeżone i jednoznacznie wskazane. Dyskryminacja jest bezprawna, gdyż narusza podstawowe zasady moralnego i prawnego porządku społecznego. Dyskryminacja jest ekonomicznie nieracjonalna, gdyż obciąża społeczność wydatkami, których można by uniknąć, usuwając istniejące bariery, ograniczające aktywność i samodzielność osób niepełnosprawnych. Dotyczy to także naszego kraju.

Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej otworzyło nowe szanse i realne możliwości dla poprawy sytuacji osób niepełnosprawnych. Państwa unijne są znacznie bardziej niż Polska zaangażowane w tworzeniu rozwiązań, służących wspieraniu samodzielności i aktywności, a zarazem przeciwdziałających marginalizacji i wykluczeniu społecznemu, czyli dyskryminacji osób niepełnosprawnych. Rozwiązania te mają w Unii Europejskiej długą już tradycję. Jej współczesne korzenie sięgają co najmniej podpisanej w 1961 roku Europejskiej Karty Społecznej (i utworzonego wów-

czas Europejskiego Funduszu Społecznego). Nie sposób nie wspomnieć tutaj o zaleceniach z 1992 roku w sprawie spójnej polityki wobec osób z niepełnosprawnością, komunikacie Komisji Europejskiej z 1996 roku w sprawie nowej strategii Wspólnoty Europejskiej w odniesieniu do osób niepełnosprawnych oraz Dyrektywie z 2000 roku w sprawie ustanowienia ogólnych ram dla równego traktowania w zatrudnieniu i wykonywaniu zawodu. Ponadto Traktat Amsterdamski z 1997 roku, wprowadził w art. 13 zakaz dyskryminacji m.in. ze względu na niepełnosprawność, w 2002 roku. Deklarację Madrycką oraz ustanowił rok 2003 Europejskim Rokiem Osób Niepełnosprawnych. Działania Unii Europejskiej zakazały wprost jakichkolwiek przejawów dyskryminacji w Traktacie Amsterdamskim, zobowiązując państwa członkowskie oraz organy UE do podejmowania wszelkich, stosownych inicjatyw służących wprowadzaniu niezbędnych zabezpieczeń. Trzy rodzaje dyskryminacji zostały zdefiniowane w Dyrektywie z 2000 roku, według której dyskryminacja jest:

- bezpośrednia, kiedy osoba niepełnosprawna jest traktowana w sposób mniej korzystny tylko z powodu swej niepełnosprawności,

- pośrednia, kiedy pozornie neutralne przepisy, postanowienie czy praktyka mogą stanowić przyczynę mniej korzystnej sytuacji osoby niepełnosprawnej w porównaniu z innymi,

- molestowanie (szykanowanie), czyli wszelkie niepożądane zachowanie, naruszające w zamiarze lub skutku godność osoby niepełnosprawnej.

W krajach dobrze rozwiniętych za jeden z decydujących czynników dla skutecznego wdrażania rozwiązań systemowych uważa się stan świadomości społecznej. Tak było w USA (ADA), kiedy realizowano w dużej skali i znacznej intensywności społeczne kampanie informacyjne. Takie też motywy stały się podstawą inicjatywy uznania roku 2003 za Europejski

Rok Osób Niepełnosprawnych, który miał służyć poznaniu i zrozumieniu niepełnosprawności, a co za tym idzie zmianie powszechnej świadomości. Zmiana świadomości to proces długi i wymagający ciągłości. Zarówno w tym procesie, jak i we wdrażaniu praktycznych, konkretnych rozwiązań szczególnie rola przypada władzom lokalnym. Na tym poziomie organizowania życia społecznego w zasadniczym stopniu w ramach rzeczywistego partnerstwa decydują się najważniejsze sprawy osób niepełnosprawnych.

Skuteczne wdrażanie w Polsce doświadczeń krajów wysoko rozwiniętych, w tym rozwiązań UE powinno przynieść w praktyce usuwanie barier, lepszy dostęp do edukacji na wszystkich poziomach, a przez to lepsze szanse życiowe i większą aktywność, zwłaszcza aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. Zmiany posłużą w oczywisty sposób samym osobom niepełnosprawnym, ale też zaowocują korzystnie dla kraju.

Niepełnosprawni... częstokroć izolowani, odtrąceni. A przecież można tańczyć i nie chodzić, rymować i nie słyszeć, nie mieć rąk czy nie dowiedzieć i malować obrazy. Niepełnosprawni widzą, słyszą i czują sercem, dostrzegając rzeczy niewidzialne dla nas – pełnosprawnych.

Niepełnosprawni... próbuję wyobrazić sobie siebie np. na wózku inwalidzkim. Układam w głowie scenariusz dnia, dnia, którego istotę stanowi wózek i walka, aby poradzić sobie z pułapkami świata. Jest siódma rano, pobudka. Wózek stoi tuż obok łóżka. Z trudem udaje mi się na niego usiąść, bo choć ręce są silne, to nogi ważą tyle, co betonowe kloce. Są bezwładne, martwe, bezużyteczne. Niestety, mieszkanie – pewnie jak większość lokali w tym kraju – w ogóle nie jest przystosowane na potrzeby kogoś takiego jak ja. Przedostanie się do łazienki graniczy z cudem. Dobrze, że jest przynajmniej winda, ale co z tymi, którzy nie mają

dostępu do tego cudu techniki? Wózek mieści się w windzie, jestem więc na parterze, ale co dalej? Przede mną jeszcze, co najmniej sześć schodów, by wreszcie odetchnąć świeżym powietrzem. Nie ma rady, proszę o pomoc sąsiadów. Do przystanku jeszcze kilka kroków albo raczej obrotów kół wózka, na czole pojawia się pot. Cierpliwie czekam na autobus. Jest, na moje nieszczęście nie taki, jak trzeba. Wąskie drzwi i kilka schodów. Czekam więc na następny. Przyjechał, niskopodłogowy, ale i tak sama sobie nie poradzę. Po raz kolejny muszę prosić o pomoc. Teraz już wiem, że osoba niepełnosprawna, musi mieć w sobie morze pokory. Prawie na każdym kroku musi prosić o wsparcie, aby pokonać pułapki miasta. Jak tu mówić o pełnej samodzielności? Wszyscy się spieszą, wózek im zawadza, potrącają mnie, komentują. Powoli zaczynam czuć się, jak intruz, przeszkoda. Wzbudzam też niezdrawe zainteresowanie. „Jaka ona musi być nieszczęśliwa” czytam z niektórych oczu. A przecież chcę tylko dojechać do celu, tak jak oni. Mój przystanek. Wsiadam przy pomocy dwóch uczynnych pasażerów. Teraz na drugą stronę ulicy. Zbyt wysoki krawężnik. Boję się. Jeśli spadnę, może okazać się, że wózek faktycznie okaże mi się potrzebny. Udało się, choć przez chwilę mój wehikuł niebezpiecznie się chwia. Chcę zrobić jakieś zakupy, więc udaje się do centrum handlowego. Znów mam szczęście, przyjeżdża niskopodłogowy autobus. Znane widoki za oknem, wydają się być jakby odmienione. To pewnie przez tą perspektywę widzenia, małego dziecka. Wszyscy patrzą na mnie z góry. W centrum jest ok., duża powierzchnia, ogólnodostępne windy, szerokie korytarze. Tylko w niektórych sklepach mam problem, by dojechać do półek. W miarę spokojnie robię zakupy. Wreszcie koszmarne zmęczona decyduje się wrócić do domu. Przeraza mnie to. Pcham wózek po nierównym chodni-

ku, wszędzie dziury, wystające płyty. Nie zauważam jednej i z hukiem wracam się do tyłu. Wszystko dzieje się tak szybko, że nie zdążam nawet krzyknąć. Stłuczenia są nie groźne, tylko kilka bolesnych siniaków. Znów pomagają mi przechodnie. I tak aż do powrotu do domu: schody, dziury, długie oczekiwanie na autobus, ciągle proszenie o pomoc... To wykańcza i fizycznie i psychicznie. Bołą mięśnie, głowa pulsuje, zajęta rozważaniem, jak sobie poradzić, czy mi się uda? Całkowite uzależnienie od innych, od tych, którzy w danej chwili zechcą udzielić pomocy. Brak wolności. To bolesna prawda, z której wielu z nas nie zdaje sobie sprawy.

A ludzie niepełnosprawni są tacy, jak my. Pragną mieć dom, rodzinę, przyjaciół, ciekawą pracę. Tak samo jak pełnosprawni uprawiają sport, zdobywają nagrody, choć jest im o wiele trudniej. Oprócz słabości, z którymi wszyscy się borykamy, ukrywając je głęboko w sercu, muszą pokonać własne niesprawne ciało. Ludzie tworzą dwa światy, światy, które są sobie obce, zdrowi wiedzą o niepełnosprawnych, ale wciąż wolą zachować dystans. Ludzie się niczym nie różnią, czy mają nogi czy nie, czy nie widzą czy widzą. To nie ma znaczenia, bo w środku są tacy sami. A większość wciąż traktuje ich tak, jakby nie mieli się w ramach lansowanego modelu społeczeństwa – zdrowego i wysportowanego. Dlatego pozwólmy im „wnosić latawce i biegać pod wiatr, niepełnosprawną ręką zrywać dmuchawce i z krótszą nogą poznać świat, zróbmy im miejsce, nie patrzmy wrogo, niepełnosprawni i chcą i mogą, odkrywać góry, zawieszają słońce, darować serca – czujesz? Gorące, otwórzmy im okna po nocy dzwonku, nie dajmy wiecznie sterować w przedsiönku!”.

Literatura u autora

mgr **Joanna Rogozińska**
Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny w Zgierzu

Zofia Kornacka

„0 braku aktywno

Brytyjskie badania wykazują, że około 50 procent populacji spędza więcej niż 4,5 godziny dziennie w pozycji siedzącej, około 20 procent nie przejawia żadnej aktywności fizycznej. Najpopularniejszą wymówką na brak aktywności jest brak czasu. Ale po bliższym przeanalizowaniu tych stwierdzeń okazuje się, że przeciętny Polak pracuje około 38 – 40 godzin tygodniowo. Wielu ludzi ma dużo wolnego czasu, ale nie myśli o jego zaplanowanym zorganizowaniu dla korzyści zdrowotnych. Często wykręcamy się zmęczeniem i to prawda, ale można być też zmęczonym zbyt częstym siedzeniem przed ekranem telewizora czy komputera. Oczywiście nie możemy postrzegać tego tak drastycznie, bo każde statystyki mają kontrasty. Wszystkie osoby pracujące czasem dwukrotnie więcej godzin niż przeciętnie, wykonujące stresujące zawody, przytłoczone ogromną odpowiedzialnością są równoważeni przez wciąż wzrastającą grupę rencistów, emerytów w ewidentnie starzejącym się społeczeństwie. Przeciętny dorosły człowiek spędza ponad 25 godzin tygodniowo na oglądaniu telewizji, dzieci i młodzież zbyt dużo czasu poświęcają na siedzenie przed komputerami. Ale i jedni i drudzy mają tę samą szansę poczuć się zdrowi po zmianie swojego stosunku do ruchu dla zdrowia. Pomimo coraz większej wiedzy i badań na temat wpływu braku ruchu na wiele chorób cywilizacyjnych obserwujemy zbyt małe zainteresowanie propagowaniem aktywności fizycznej przez ludzi do tego uprawnionych, a szczególnie pracowników ochrony i promocji zdrowia. Nie wystarczy mówienie o korzyściach w akcjach i kampaniach

prozdrowotnych, ani prowadzenie okazjonalnych programów propagujących ruch. Działania te na pewno są potrzebne i przynoszą pozytywne zmiany, ale ich okazalność i permanentny brak funduszy na ich realizację jeszcze długo będzie przeszkodą w wypracowaniu zmiany postaw zdrowotnych wobec ich wpływu na zdrowie. Ponieważ nie mamy aktualnie „złotego środka” na wypracowanie istotnych zmian dla poprawy stanu faktycznego, możemy starać się, choć w naszym środowisku dokonać kilku pozytywnych zmian zachowań dla własnych korzyści zdrowotnych. Mając nadzieję, że

Wszystkim wiadomo, że rozwój techniki, wszelkie genialne wynalazki, rozmaite elektryczne, elektroniczne gadżety, e-mail, internetowe zakupy, niemal z dnia na dzień usuwają z naszego życia aktywność fizyczną. Eksperci obliczają, że spalamy dziennie 700 kcal mniej niż 30 lat temu, co skutkuje podwyższeniem masy ciała około 0,45 kg na tydzień.

ści fizycznej bez stresu...”

nasze poczynania zostaną zauważone przez innych i nasi potencjalni i obecni pacjenci wezmą z nas przykład. Przykład osobisty i świadczenie nim w środowisku lokalnym, miał i nadal ma ogromne znaczenie dla oświaty zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia.

A żeby łatwiej nam było zacząć musimy zwrócić uwagę na kilka istotnych zależności.

Związek z otyłością – został udowodniony przez brytyjskiego naukowca Jamesa Levinea, który badał sposoby spalania kalorii. Zwrócił uwagę na fakt, że otyli ludzie siedzą średnio o 150 minut dziennie dłużej niż szczupli, zużywając o około 350 kcal mniej – to odpowiednik aż 15 kg w ciągu roku. Tempo spalania kalorii może zwiększyć się podczas takich codziennych zajęć jak zmywanie naczyń, zabawa z dzieckiem lub spacer. W badaniach tych zauważono, że ludzie szczupli są bardziej aktywni i spędzają mniej czasu na siedząco. Wniosek z tego, że zamiana telefonu stacjonarnego na komórkowy lub bezprzewodowy będzie zmianą korzystną, bo chodząc podczas rozmowy spalimy kilkanaście kalorii.

Ćwiczenia a może zwykły ruch – gdy mówimy o ćwiczeniach myślimy zwykle o zajęciach ruchowych zaplanowanych. Natomiast zwykły zdrowy styl życia jest także skuteczny, bo przecież chodzi o to żeby nie siadać, gdy można chwilę postać, nie jechać windą, gdy można skorzystać ze schodów, nie siedzieć przy stole jak można tańczyć, bo gra muzyka i nasze ciało chętnie porusza się w jej takt. To takie proste, musimy tylko sobie to uświadomić, bo w codziennym życiu mamy wiele okazji, aby znaleźć sposób na chwilę wysiłku fizycznego.

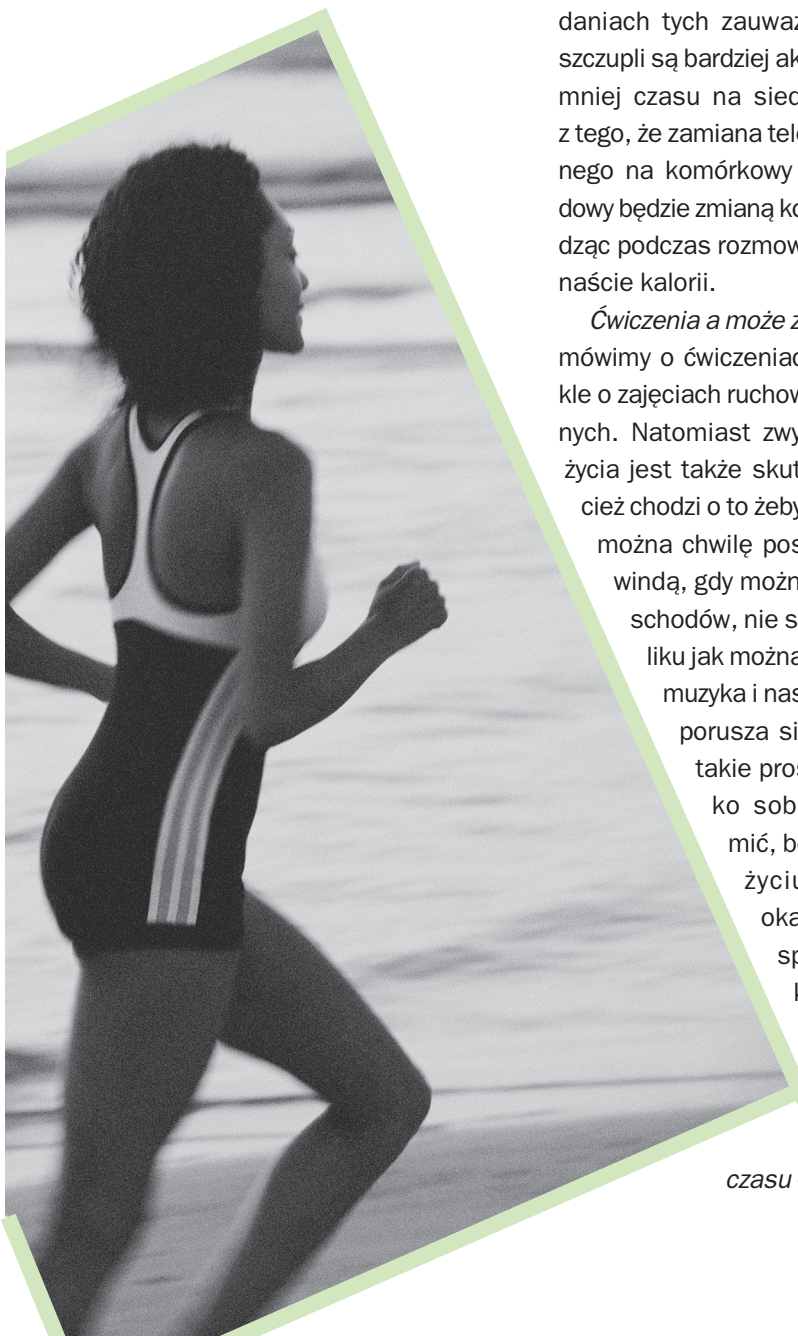
Nie musisz szukać dodatkowego czasu – na tym etapie

przygotowań do uprawiania aktywności fizycznej. Tu i teraz musisz tylko częściej pomyśleć o sobie i o zmianach, do jakich chcesz się przygotować a czas uprawiania aktywności sam prawie niepostrzeżenie będzie się wydłużał. Znajdziemy go nieznacznie zmieniając swoje przyzwyczajenia.

Na tym etapie staramy się powalczyć z „chorobą zaniedbań naszego stylu życia”, dwa razy dziennie wchodzimy po schodach zamiast jechać windą, chodząc pieszo zrobimy zakupy, nie będziemy szukać krzeseł na spotkaniach służbowych żeby usiąść, tylko postoiemy, wtedy szybciej się skończą, zaparkujemy na najdalszym miejscu żeby świadomie wydłużyć czas dojścia. W taki właśnie sposób, małym wysiłkiem, prawie bez specjalnej uwagi znaleźliśmy kilkanaście minut dodatkowego ruchu na dobę. A jeżeli do tych osiągnięć dodamy jeszcze callanetics przy biurku, zamienimy przerwę na reklamę w czas dowolnej przyjemnej aktywności a w czasie oglądania filmu zajmiemy ręce robotką na drutach nie będziemy mogli podjadać, to sukces w zasięgu ręki. Mamy już około pół godziny aktywności tylko w czasie dnia, został nam jeszcze wieczór, noc i piękny ranek. Teraz jesteśmy już gotowi, aby wysiłek dla zdrowia świadomie zaplanować. Plany nasze ograniczymy do poziomu ruchu zdrowotno-rekreacyjnego.

Zbliża się wiosna to już dwa razy w tygodniu wyruszymy w plener z kijkami do Nordic Walking, ale tym w następnym numerze.

Zofia Kornacka
instruktor oświaty zdrowotnej
Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny w Zgierzu





Gruźlica dzisiaj

mgr Małgorzata Frukacz

Mimo rozwiniętej profilaktyki i stosowania nowoczesnych i skutecznych leków, gruźlica nadal stanowi duży problem zdrowotny na świecie i w Polsce. Także obecnie spotykane są bardzo zaawansowane postaci tej choroby. Brak wystarczającego finansowania ochrony zdrowia spowodował zaniedbanie wielu programów zapobiegawczych gruźlicy.

Istnieje ryzyko nawrotu powszechnego występowania gruźlicy w Polsce. Światowy Dzień Walki z Gruźlicą wypada 24 marca.

Gruźlica, dawniej nazywana *tuberkulozą*, jest chorobą zakaźną wywołaną przez prątki gruźlicy, zwane od nazwiska ich odkrywcy – niemieckiego bakteriologa – prątkami Kocha. Zarazek gruźlicy odkrył, a następnie ogłosił 24 marca 1882 roku Robert Koch.

Nazwa choroby wywodzi się od charakterystycznych zmian odczynowych na prątki, tzw. gruzełków, tj. guzków wielkości główki szpilki, rozsianych w narządach dotkniętych chorobą. Gruzełki nie są unaczynione (nie dopływa do nich krew) i kiedy osiągną wielkość paru milimetrów obumierają. Wówczas dochodzi do powstania miejscowej martwicy typu serowatego. Gruźlica, to choroba zakaźna, powstaje w wyniku zakażenia prątkami gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*).

Prątek gruźlicy jest bakterią kwasooporną, Gram-dodatnią, rozpoznawaną pod mikroskopem w badaniu bezpośrednim. Spośród bardzo licznych prątków, najbardziej chorobotwórcze dla człowieka są dwa typy (najczęściej wywołują gruźlicę płuc i innych narządów), prątek ludzki i prątek by-

dlęcy. Źródłem zakażenia najczęściej bywa człowiek chory na gruźlicę otwartą (prątkującą) płuc. Człowiek taki kichając lub kaszląc uwalnia prątki gruźlicy, które unosząc się w powietrzu stanowią niebezpieczeństwo dla innych osób. Szacuje się, iż jeden prątkujący, nie poddany terapii człowiek może w ciągu roku zarazić nawet 15 osób. Źródłem zakażenia może być również zwierzę domowe np. krowa, owca, świnia. Człowiek zakaża się najczęściej drogą kropelkową (przez wdychane powietrze), rzadziej drogą pokarmową (mleko od chorych krów) lub przez skórę.

Charakterystyczną cechą prątków gruźlicy jest ich bardzo duża wytrzymałość na różne czynniki zewnętrzne, co stwarza dodatkowe trudności w zwalczaniu tej choroby:

- w wyschniętej plwocinie mogą żyć kilka miesięcy chronione przez warstwę otaczającego śluzu,
- na ubraniu zachowują żywotność i chorobotwórczość przez kilka dni,
- słabo reagują na silne kwasy. Natomiast skutecznie są niszczone przez promienie słoneczne.

Zakażenie gruźlicą nie jest jednoznaczne z zachorowaniem na tę chorobę. W niekorzystnych warunkach epidemiologicznych może się zdarzyć

wtargnięcie i zagnieżdżenie zarazka gruźlicy do organizmu. Szacuje się, że około 70 procent populacji miało kontakt z prątkami gruźlicy, jednak wniknięcie prątków do organizmu nie jest jednoznaczne z zachorowaniem na tę chorobę. Jej przebieg uzależniony jest bowiem od wielu czynników indywidualnych, m.in.: stanu układu immunologicznego, wieku i uwarunkowań genetycznych.

U większości ludzi zakażonych gruźlicą układ odpornościowy zwalcza prątki gruźlicy i uniemożliwia ich namnażanie. Po wniknięciu do organizmu zjadliwy prątek może zostać zniszczony przez mechanizmy obronne, zostać wydalony na zewnątrz (kaszel).

Do rozwoju czynnej gruźlicy dochodzi jedynie u około 10 procent osób zakażonych, zwykle w ciągu 2 lat od narażenia na *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteria ta może przetrwać w organizmie w stanie „uśpienia” wiele lat.

Do rozwoju choroby dochodzi wówczas, gdy organizm znajduje się w niekorzystnych dla siebie warunkach, nie ma sił biologicznych do obrony przed zachorowaniem. Przyczyny mogą być różne:

- niedożywienie (bieda, bezdomni, imigranci),

– nieregularne odżywianie, niehigieniczny tryb życia,

– przepracowanie fizyczne, umysłowe,

– duże napięcia i stresy,

– brak wypoczynku i niedosypianie.

Zwiększone ryzyko wystąpienia gruźlicy dotyczy również:

– chorych na AIDS lub nosicieli HIV (wówczas ryzyko zachorowania wzrasta trzykrotnie),

– narkomanów, alkoholików, nałogowo palących papierosy,

– osób z osłabioną odpornością i podatnością na zachorowanie,

– osób w podeszłym wieku,

– przewlekle chorych (cukrzyca, białaczka, nowotwory), po operacji żołądka lub jelit.

Gruźlica to choroba biedy, slumsów, tam należy szukać jej „starych” ognisk. Ale od kilku lat na tę chorobę zapadają też osoby dobrze sytuowane, mające świetną pracę itp. Przyczyną tej fali zachorowań jest – upraszczając – właśnie ciężka praca, stres i wyczerpujący tryb życia. Poza tym „nowa” gruźlica, lekooporna – to efekt znacznych migracji dużych grup ludności, co także jest charakterystyczne dla naszych czasów.

Zakażenie gruźlicą

Gruźlica jest przewlekłą chorobą zakaźną, która w 90 – 95 procentach przypadków umiejscawia się w płucach. Przyczyną gruźlicy u ludzi są prątki gruźlicy.

W przypadku, gdy zarażony organizm nie daje sobie rady z inwazją bakterii dochodzi do zachorowania na gruźlicę. Prątki uczą się wytwarzać substancje chroniące je przed działaniem układu odpornościowego. Przedostawszy się do płuc, przenikają do komórek, z których są zbudowane pęcherzyki płucne. Tam rosną, aż rozerwą ich ścianki. Uszkodzone pęcherzyki szybko wapnieją, tworząc grube, żółte (stąd nazwa gruźlicy) zgrubienia i w końcu obumierają. Ta część płuc już nie bierze udziału w oddychaniu. Tymczasem prątki rozmnażają się

i niszczą kolejne fragmenty płuc lub z krwią przedostają się do innych narządów i niszczą ich komórki.

W przypadku zarażenia gruźlicą wyróżniamy zakażenie pierwotne, następnie gruźlicę popierwotną (występujące w kilka miesięcy lub kilka lat po zakażeniu pierwotnym). Pierwotne zakażenie dotyczy zazwyczaj płuc, a także części przewodu pokarmowego oraz węzłów chłonnych.

Po wnikięciu do organizmu prątek gruźlicy może wywołać reakcję zapalną prowadzącą do powstania ogniska pierwotnego. Ognisko powiększa się, prątki namnażają się i drogą naczyń chłonnych zapalenie szerzy się do najbliższej stacji węzłów limfatycznych i w ten sposób powstaje gruźlicy zespolonej pierwotnej.

Pierwotna gruźlica zaczyna się zazwyczaj objawami grypopodobnymi. Przy pomyślnym przebiegu obrony organizmu przed chorobą, bądź pomocy terapeutycznej, wysięk zapalny wchłania się i miejsce zapalne znika lub włóknieje i ulega zwapnieniu. Zwłóknienie zwapnienia można uznać za wyleczenie. Praktycznie u każdego człowieka można znaleźć zablźnione ogniska pierwotne. W niektórych przypadkach w czasie pierwotnego zakażenia dochodzi do rozległego rozsiania choroby głównie drogą krwiopochodną.

Zakażenie pierwotne pozostawia zmienioną odczynowość organizmu w stosunku do nowych zakażeń tzw. alergię gruźliczą, która stanowi podstawę różnych odmian gruźlicy w różnych narządach. W okresie obniżonej odporności organizmu, przy współistniejących niekorzystnych warunkach i dużej zjadliwości prątków, ognisko pierwotne oraz zaatakowane węzły chłonne ulegają charakterystycznej dla gruźlicy odmianie martwicy – serowaceni.

W przypadku gruźlicy płuc, przy osłabionej odporności organizmu pierwotny naciek gruźliczy może się przedłużyć. Wynikiem tego może być martwica tkanki. Martwa tkanka oddziela się od zdrowej, i po pewnym czasie powoduje to, że chory zaczyna odkrztu-

szać śluzowo-ropną plwocinę, niekiedy z domieszką krwi (plwocina zawiera duże ilości prątków).

Gruźlica popierwotna powstaje w wyniku bądź utraty odporności nabytej, bądź osłabienia sił, niehigienicznych warunków życia, niedożywienia, alkoholizmu.

Najczęstszą odmianą popierwotnej gruźlicy jest przewlekła gruźlica płuc.

Objawy kliniczne występujące w przebiegu gruźlicy to:

– chudnięcie,

– gorączka,

– w przypadku gruźlicy płucnej także długotrwały kaszel oraz (występujące coraz rzadziej) w zaawansowanej postaci odpluwanie plwociny z krwią.

Na podstawie symptomów klinicznych nie można rozpoznać choroby, w przypadku gruźlicy płucnej nasuwają one tylko podejrzenie schorzenia. Podobnie diagnostyka radiologiczna (RTG klatki piersiowej) gruźlicy płuc nie może stanowić definitywnego rozpoznania (nie zawsze da się odróżnić obraz gruźlicy od podobnych zmian chorobowych w płucach). Przy stosowaniu prób tuberkulinowych należy wziąć pod uwagę występowanie wyników zarówno fałszywie dodatnich, jak i ujemnych. Ostatecznym potwierdzeniem rozpoznania gruźlicy jest diagnostyka mikrobiologiczna, np. preparat bezpośredni plwociny (BK) i hodowla na pożywkach.

Gruźlica płuc wcześniej wykryta i prawidłowo leczona jest całkowicie i trwale uleczalna.

W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby zachorowań na gruźlicę. Pierwotne objawy gruźlicy nie są mało charakterystyczne, podobne do objawów grypowych. Bardziej zaawansowana postać gruźlicy daje zmiany w płucach w postaci nacieków gruźliczych, widocznych na zdjęciach radiologicznych.

Postaci gruźlicy

W Polsce 95 procent przypadków to gruźlica płuc. Ale prątki mogą uaktywnić się także w skórze, układzie od-

dechowym, moczowo-płciowym, nerwowym lub w kościach, węzłach chłonnych, stawach i osierdziu.

Gruźlica może dotyczyć także kości, opon mózgowo-rdzeniowych, nerek oraz przewodu pokarmowego.

Gruźlica układu moczowego (najczęściej nerek) – bardzo niebezpieczna, bo długo nie daje żadnych objawów. Pierwszym jest krwimocz, ból przy oddawaniu moczu i pieczenie w cewce moczowej, ale to oznacza, że prątki zaatakowały już cały układ. Finałem takiego zakażenia jest śmierć spowodowana niewydolnością nerek.

Gruźlica węzłów chłonnych objawia się powiększeniem węzłów chłonnych w okolicy szyi i nad obojczykami. Nieleczona prowadzi do rozmiękczenia węzłów i tworzenia się w uszkodzonej skórce pęknięć, które po zagojeniu się pozostawiają widoczne blizny. Tę postać choroby pomoże rozpoznać biopsja. Jeśli nie poda się antybiotyku, zarazki gruźlicy będą się szybko rozprzestrzeniały po całym organizmie.

Gruźlica kości i stawów u chorego dochodzi do tzw. kompresyjnych złamań uszkodzonych kręgów lędźwiowych i dolnych piersiowych (u dzieci tylko piersiowych). Często pojawia się wtedy garb na plecach. Wokół ognisk gruźliczych tworzą się ropnie nazywane zimnymi, bo nie towarzyszą im charakterystyczne dla stanu zapalnego obrzęki, bóle, zaczerwienienie, wysoka temperatura. Przy wczesnym rozpoznaniu wystarczają leki, później konieczne bywa leczenie chirurgiczne, niekiedy nawet amputacja (fragmentu kości lub całej kończyny).

Gruźlica osierdzia zaczyna się od podwyższonej temperatury i spadku wagi. Dość szybko pojawiają się bóle za mostkiem, przyspieszona akcja serca, duszności oraz obrzęki nóg i rąk. Dlatego ta postać gruźlicy jest mylona z zawałem. Jeżeli nie zostanie rozpoznana, po kilku latach może się zakończyć tragicznie.

Gruźlica prosówkowa to najgroźniejsza postać gruźlicy. Ogniska gruźlicze w organach przybierają kształt ziaren

prosa. Ponieważ może dojść do zatrzymania oddechu, chory musi trafić do szpitala.

Leczenie

Leczenie gruźlicy polega na przyjmowaniu zaleconych przez lekarza preparatów, bardzo ważne jest ściśle przestrzeganie zasad terapii.

Zgodnie z zaleceniami WHO należy natychmiast rozpocząć leczenie czterema wskazanymi preparatami jednocześnie. Leczenie połowiczne uodparnia zarazki, co jest niebezpieczne nie tylko dla chorego, ale i jego otoczenia.

Leczenie lekami przeciwgruźliczymi – podstawowy typ leczenia. Stosuje się w nim długotrwałą (zazwyczaj trwającą 6 miesięcy) kurację kilkoma (trzeźma lub czterema) antybiotykami przeciwprątkowymi. Ma to na celu zabicie prątków o specyficznych cechach (np. gwałtownie rozmnażających się, utajonych w gruzełkach itp.), a także zapobiega wytworzeniu lekooporności.

W leczeniu gruźlicy stosuje się leki przeciwgruźlicze:

- pierwszego rzutu: etambutol, izoniazyd, antybiotyki ansamycynowe
- drugiego rzutu: streptomycynę, wiomycynę, cykloserynę, kwas aminosalicylowy.

Za kryterium podziału na leki pierwszego i drugiego rzutu przyjęto skuteczność i toksyczność.

Od 1999 roku refundacją kosztów leczenia objęci są wszyscy, także nieubezpieczeni, a więc bezdomni i niezarejestrowani bezrobotni. Każdy przypadek czynnej gruźlicy (gdy chory prątkuje) lekarz musi zgłaszać do Centralnego Rejestru Chorych na Gruźlicę, który działa przy Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

Leczenie gruźlicy w Polsce jest przymusowe. Normalizuje to ustawa z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach (DzU z 31 października 2001 roku). Polskie prawo nakazuje hospitalizację we wstępnym okresie leczenia choroby.

Leczenie gruźlicy zwykle trwa około 6 miesięcy, chory przyjmuje kombina-

cje różnych leków przeciwprątkowych. Niestety, kuracja niesie ze sobą niekiedy skutki uboczne, takie jak: uszkodzenia wątroby, nerek, zaburzenia żołądkowo-jelitowe.

Światowa Organizacja Zdrowia opracowała nowoczesną strategię walki z gruźlicą – Bezpośrednio Nadzorowane Leczenie Krótkoterminowe (tak w przekładzie na język polski nazywa się ta strategia) ma na celu poprawę skuteczności walki z gruźlicą. Do podstawowych założeń DOTS (skrót od angielskiej nazwy *Directly Observed Treatment Short Course*) należą: zaangażowanie przedstawicieli ochrony zdrowia na wszystkich szczeblach administracyjnych w zwalczanie gruźlicy, opracowanie programu określającego główne etapy oraz harmonogram działań, zapewnienie stałego, bezpłatnego dostępu do lekarstw, monitorowanie wyników leczenia.

Cele te realizowane są w Polsce poprzez:

1. Nadzorowanie walki z gruźlicą na terenie całego kraju. Nadzór merytoryczny sprawuje powołany przy Ministerstwie Zdrowia Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. Prowadzone są też statystyki dotyczące zachorowalności i skuteczności leczenia.

2. Budowanie świadomości społecznej w zakresie profilaktyki oraz leczenia gruźlicy np. poprzez wydanie i upowszechnienie podręcznika gruźlicy.

3. Współpracę pomiędzy pulmonologami, a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Szczególnie ważne jest wdrożenie w program walki z gruźlicą lekarzy pierwszego kontaktu, gdyż zazwyczaj to oni wstępnie diagnozują chorobę.

4. Zapewnienie bezpłatnych leków

Gruźlica jest dziś chorobą całkowicie wyleczalną. Warunkiem powrotu do pełni zdrowia jest jednak wczesne wykrycie choroby.

Profilaktyka

Ogromne znaczenie ma odżywianie. Należy stosować dietę bogatą w produkty wysoko białkowe, świeże warzy-

wa i owoce, pełne ziarna zbóż. Prowadzić zdrowy styl życia.

Bardzo ważne jest też przestrzeganie zasad higieny, wietrzenie pomieszczeń, w których przebywają prątkujące osoby.

Prątki gruźlicy giną w promieniach słonecznych i ultrafioletowych, emitowanych przez specjalne lampy.

Dbając o własne zdrowie trzeba pamiętać o szczepieniach ochronnych, kontrolować stopień odporności organizmu poddając się próbom tuberkulinowym. Skuteczność szczepionki BCG to około 80 procent.

W Polsce od 1955 roku obowiązkowo szczepi się przeciwko gruźlicy (szczepionką BCG) wszystkie noworodki oraz dzieci w 2, 6 i 12 roku życia. Szczepienie powtarza się u tych dzieci, które nie mają wyraźnej blizny poszczepiennej lub u których odczyntuberkulinowy był ujemny (to znaczy nie było śladu po próbie).

Chcąc uniknąć rozprzestrzeniania się choroby należy zadbać o jak najskuteczniejsze i najwcześniejsze diagnozowanie, które umożliwi szybkie podjęcie leczenia.

Wyniki badań z ostatnich lat, dane statystyczne wyraźnie pokazują, iż zbyt szybko został ogłoszony triumf nauki i zwycięstwo przy pomocy antybiotyków nad zagrażającymi ludzkości chorobami. Gwałtowny atak powracającej w skali globu epidemii gruźlicy jest przyczyną aż 3 milionów zgonów rocznie na świecie. 8 milionów ludzi co roku zaraża się prątkiem gruźlicy. Gruźlica pozostaje ważnym problemem zdrowotnym na świecie. Powoduje więcej zgonów niż inne choroby zakaźne. Większość zachorowań i zgonów występuje w krajach rozwijających się, ale kraje zamożne także nie są wolne od tego problemu.

Literatura u autorki

mgr **Małgorzata Frukacz**
instruktor ds. oświaty zdrowotnej
starsza pielęgniarka
Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny w Zgierzu

Barbara Jagas

Wielkanoc źródłem nadziei

Zbliża się Wielkanoc, więc zapytaj siebie głęboko w sercu, jak wyglądałoby życie we współczesnym świecie bez Chrystusowego Zmartwychwstania? Co oznacza patrzeć na ludzi żyjących blisko mnie „oczami Jezusa”? Triduum Paschalne zbiera owoce całego Wielkiego Postu i wprowadza nas bezpośrednio w modlitewny, paschalny nastrój. Nasze serca winny być przy Chrystusie bolejącym, konającym na krzyżu, ale ostatecznie triumfującym w niedzielny poranek Wielkanocy. Wiem, że moje życie i dzisiaj może być wielkim zmartwychwstaniem, ale czy ja tego naprawdę chcę?

Wraz z nastaniem wiosny, kiedy przyroda budzi się do życia z zimowego letargu, w sercu wielu rodzi się nadzieja. Niejednokrotnie współczesny człowiek żyjąc w pędzie, bywa pozbawiony tej wartości. Często nie widzi dla siebie sensu życia. Zrezygnowany, zniechęcony unika nowych wyznań, a każdy dzień upływa mu w smutku i rozgoryczeniu, coraz bardziej popada w zwątpienie. Chrystus pokonując śmierć przynosi nam nadzieje nowego życia z Bogiem.

Niech prawda o Zmartwychwstaniu będzie i dzisiaj źródłem chrześcijańskiej radości i nadziei, że my także zamieszkamy w domu naszego Ojca.

Prymas Tysiąclecia Stefan Wyszyński, przed laty wyraził tę radosną i głęboką prawdę tymi słowami: „W niebie czeka na nas miejsce. Chociaż bardzo byśmy bardzo późno tam przyszli nikt go nie zajmie bo ono jest tylko dla nas.”

Niech radość ze Zmartwychwstania Pańskiego będzie dla nas wszystkich źródłem nadziei i umocnienia na drogach naszego życia. Tego wszystkiego życzy Katolickie stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych, Oddział Wojewódzki z ks. Asystentem Pawłem Sudowskim.

Informacje:

Wielkopostne rekolekcje dla służby zdrowia odbędą się w dniach: 13, 14, 15 marca 2008 roku w kościele ks. Jezuitów, ul. Sienkiewicza 60, o godz. 19.00.

Na rekolekcje zaprasza wszystkich pracowników lecznictwa Duszpasterstwo Służby Zdrowia Archidiecezji Łódzkiej.

Barbara Jagas
członek Katolickiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych Polskich

Ciąża bliźniacza cz. 3. Problemy

Ciąża bliźniacza jest złożonym problemem nie tylko medycznym i wymaga kompleksowej opieki zarówno w trakcie jej trwania jak i po jej zakończeniu. Wynika on z dużego odsetka umieralności i zachorowalności okołoporodowej płodów i noworodków, gdzie główną przyczynę upatruje się w dużej ilości porodów przedwczesnych i uszkodzeń okołoporodowych, których leczenie wymaga wieloletniej opieki specjalistycznej.

Poród przedwczesny

Poród przedwczesny stanowi najczęstsze powikłanie ciąży bliźniaczej. Przed 37 tygodniem ciąży rodzi się około 60 procent bliźniąt. W ciąży bliźniaczej do porodu przedwczesnego może predestynować już samo nadmierne rozciągnięcie macicy, spowodowane obecnością w niej dwóch płodów. Jednak nie jest to jedyny czynnik. Do takiego porodu może także doprowadzić przedwczesne dojrzewanie szyjki macicy, jej niewydolność spowodowana wadami tkanki łącznej czy urazami.

Kolejnymi przyczynami są wielowodzie, krwawienia w czasie ciąży, wady wrodzone macicy, umiejscowienie łożyska, bezobjawowe zakażenie, uszkodzenie pęcherza płodowego, nadwrażliwość na środki skurczowe czy nawet stres. Do porodu przedwczesnego mogą predestynować także choroby matki, na których czele stoi nadciśnienie tętnicze. Następne czynniki to niehigieniczny tryb życia kobiety, stosowanie używek, stan odżywienia, wysiłek fizyczny, praca zawodowa, uraz, wiek, niski status społeczno-ekonomiczny, wielorodność.

Ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego mogą także zwiększać skażenie środowiska, wibracje, hałas, promieniowanie termiczne i jonizujące.

Przyczyny wystąpienia takiego porodu mogą zależeć także od płodów np. od ich wad, czy pęknięcia błon płodowych. Z powodu swego rozciągnięcia macica w ciąży bliźniaczej jest szczególnie reaktywna.

Rozpoznanie porodu przedwczesnego należy rozpocząć od monitorowania czynności skurczowej mięśnia macicy i szczególnego zwrócenia uwagi na jej regularność. Następnie należy zwrócić uwagę na stan szyjki macicy, jej długość i rozwarcie. Przy niewydolności szyjki macicy jej rozwieranie może odbywać się bez zwiększenia czynności skurczowej macicy, ale także może wywołać poród przedwczesny. Oprócz oceny szyjki macicy i czynności skurczowej macicy należy zwrócić uwagę na inne problemy, takie jak zwiększenie ilości wydzieliny pochwowej, biegunkę, odczuwanie przez ciężarną bólu w podbrzuszu czy ciężkości w miednicy.

Zapobieganie wystąpieniu porodu przedwczesnego jest szczególnie ważne dla bliźniąt. Krótszy czas ich pobytu w macicy wiąże się ze zwiększeniem ich zachorowalności i umieralności. Dlatego ważnym problemem w ciąży bliźniaczej jest przedłużanie czasu trwania ciąży, czyli opóźnienie porodu poprzez eliminację zagrożeń w środowisku życia kobiety, leczenie

zakażeń, przy niewydolności ciśnieniowo-szyjkowej założenie szwu okrężnego na szyjkę, zniesienie reaktywności macicy poprzez stosowanie farmakoterapii. A jeśli poród jest nieunikniony ważnym problemem staje się wybór drogi porodu i stymulacja dojrzewania płuc płodów.

Przedwczesne oddzielenie się łożyska

Problem przedwczesnego oddzielenia się łożyska występuje wtedy, kiedy łożysko prawidłowo usadowione oddzieli się częściowo lub całkowicie od ścian macicy i wytworzy się krwiak. Ze zjawiskiem tym mamy do czynienia powyżej 20 tygodnia ciąży. Ciąża bliźniacza bardziej predestynuje do wystąpienia tego powikłania. Jego przyczyną często występującą jest nadciśnienie tętnicze, do którego ciąża bliźniacza bardziej predestynuje niż ciąża jedнопłodowa, a zmiany naczyniowe mogą się szybciej nasilać. Krótka pępowina i nagła zmiana ciśnienia w macicy występująca po porodzie pierwszego bliźniaka też może spowodować oddzielenie się łożyska. Także urazy w czasie trwania ciąży mogą je wywołać.

Wykonywanie w trakcie ciąży bliźniaczej zabiegu amnioredukcji stoso-

położnicze w ciąży bliźniaczej

wanego w zespole „przetoczenia krwi między płodami” i wielowodziu także powoduje zmiany ciśnienia w macicy i może wywołać oddzielenie łożyska.

Zarówno dla matki jak i dla dzieci to powikłanie ciąży może grozić śmiercią. Jednak rokowanie zależy od stopnia oddzielenia. Jeśli jest małe i nie daje objawów klinicznych, to rozpoznanie można postawić dopiero po porodzie, natomiast wtedy kiedy objawy pojawiają się nagle, gwałtownie i są mocno nasilone to zawsze rokowanie jest niekorzystne, a czas upływający od momentu wystąpienia powikłania do zakończenia ciąży ma bardzo wielkie znaczenie dla przeżycia dzieci i matki.

Przodujące łożysko

Do przodowania łożyska dochodzi jeśli znajduje się ono w obrębie dolnego odcinka macicy lub znajduje się nad ujściem wewnętrznym szyjki macicy lub w jej okolicy. Łožysko przodujące występuje częściej u kobiet z ciążą bliźniaczą, a szczególnie takich, które już wcześniej rodziły. Stopień zagrożenia dla matki i dzieci zależy od stopnia przodowania łożyska i stopnia nasilenia objawów. Powikłanie to rozwija się wolno, a rozpoznanie można postawić na podstawie objawów klinicznych (krwawienie, plamienie) oraz badania ultrasonograficznego.

U dzieci mogą rozwinąć się wady rozwojowe, może pojawić się ograniczenie wewnątrzmacicznego wzrostu, a przodowanie naczyń (błoniasty przyczep pępowiny) może zagrażać życiu. Przy nasileniu się objawów tej patologii u matki może wystąpić niedokrwistość, immunizacja wywołana przedostaniem się krwinek płodu do

krążenia matki. Powikłaniem w tej patologii dla matki może być łożysko przyrośnięte. Łožysko przodujące wymaga ścisłego nadzoru nad matką i dzieckiem, a problemem jest zawsze wybór momentu zakończenia ciąży, który zależy od ich stanu.

Przedwczesne pęknięcie błon płodowych

Przedwczesne pęknięcie błon płodowych jest częstą patologią położniczą. Ciąża bliźniacza może usposabiać do niej, ze względu na rozciągnięcie ścian macicy, nieprawidłowe położenia płodów czy też na skutek występującego wielowodzia. Przyczynić może się do tego także obecność szwu okrężnego na szyjce macicy czy wady rozwojowe płodu. Ponadto w niektórych patologiach występujących w ciąży bliźniaczej często wykonuje się amniopunkcję, która także usposabia do pęknięcia błon płodowych.

Czynnikiem ryzyka, który występuje w ciąży bliźniaczej jest także zagrażający poród przedwczesny, na który ta ciąża często jest narażona. Jednak główną rolę w przedwczesnym pęknięciu błon płodowych wielu autorów przypisuje miejscowemu zakażeniu, które osłabia wytrzymałość błon płodowych na rozciąganie.

Pęknięcie może wystąpić niezależnie od czasu trwania ciąży i często występuje bez istnienia czynności skurczowej macicy. Powikłania tej patologii stanowią poważny problem, a ich nasilenie zależy od zaawansowania ciąży i długości czasu, jaki upłynął od momentu pęknięcia błon płodowych do zakończenia ciąży. Najczęściej dochodzi do zakażenia, które może zagrażać zdrowiu matki, ponieważ ona pierwsza może być narażona na wniknięcie drobnoustrojów jak i płodu lub płodów (ciąża jednoowodniowa) kiedy matka nie ma cech zakażenia, albo i matki i dzieci. Dziecku lub dzieciom grozi uogólnione zakażenie, a w konsekwencji zgon. Oprócz infekcji bliźniak lub bliźnięta mogą być narażone na niedotlenienie spowodowane zmianami przepływu krwi w pępowinie i ryzyko jej wypadnięcia. Ze względu na zmniejszenie ilości wód płodowych może także dochodzić do deformacji płodu lub płodów w okolicy twarzy i kończyn. Podobnie hypotrofia płodu lub płodów zdarza się wtedy często. Najbardziej niepożądaną konsekwencją jednak jest hipoplazja płuc.

Problemem ważnym w tej patologii jest wybranie sposobu postępowania. Należy rozważyć czas trwania ciąży, konsekwencje jakie dla płodu lub płodów powoduje wcześniactwo, a jakie

ogłoszenie płatne

Zakład Opieki Zdrowotnej „SALVE” Sp. z o.o.
z siedzibą w Łodzi przy ul. A. Struga 3
zatrudni – na cały etat –
pielęgniarki/położne
(mile widziane kursy anestezjologiczne)
oraz pielęgniarki instrumentariuszki

wywołuje infekcja wewnątrzmaciczna. Należy także wziąć pod uwagę pozostawienie w macicy tylko jednego z płodów i selektywne urodzenie tylko jednego z bliźniąt, jeśli istnieje pewność, że ciąża nie jest jednokosmówkowa. Na podjęcie decyzji ma także wpływ stan ciężarnej.

Przebieg porodu w ciąży bliźniaczej

Poród w ciąży bliźniaczej to ważne zagadnienie położnicze. Wybór drogi porodu i jego prowadzenie w ciąży bliźniaczej wymaga wnikliwej analizy wielu czynników, jednak zawsze powinien on się odbywać w ośrodku, w którym istnieje oddział neonatologiczny.

Na początku należy ocenić wiek ciążowy, budowę miednicy kobiety, ustalić położenie płodów i ich wielkość.

Bliźnięta mogą być położone w miednicy następująco:

- oba płody są położone główkowo,
- pierwszy bliźniak położony jest główkowo, a drugi niegłówkowo,
- pierwszy bliźniak położony jest niegłówkowo, a drugi główkowo lub niegłówkowo.

Taka klasyfikacja położenia płodów ułatwia podjęcie decyzji o sposobie ukończenia porodu. Poród drogami natury ma szansę na bezpieczny przebieg w główkowym położeniu obu płodów. W przypadku pozostałych położenia prowadzenie porodu drogami natury może stwarzać ryzyko wystąpienia powikłań. W piśmiennictwie podaje się, że jeśli pierwszy bliźniak położony jest główkowo, a drugi niegłówkowo można pierwszego bliźniaka urodzić drogami natury, a drugiego spróbować obrócić zewnętrznie, a jeśli to zawodzi udzielić pomocy ręcznej w porodzie miednicowym lub wykonać cięcie cesarskie. Jednak takie operacje zależne są od oceny masy drugiego płodu (masa nie może być za duża, ani za mała).

Nieprawidłowe położenia płodów grożą zaburzeniami we wstawianiu się do wchodu miednicy, przedwczesnym pęknięciem błon płodowych

i wypadnięciem pępowiny oraz kolizjami bliźniąt. Czasem położenie główkowe obu bliźniąt może stanowić dla nich niebezpieczeństwo. Mamy z tym do czynienia w porodzie przedwczesnym (przed 32 tygodniem trwania ciąży) lub u płodów z masą ciała poniżej 1500 g. Zagrożenie to występuje także w ciążach jednokosmówkowych, a szczególnie jednoowodniowych, gdzie wzrasta ryzyko zablokowania się bliźniąt. Ponadto źle rokuje także masa drugiego płodu przewyższająca masę pierwszego o ponad 20 procent.

Podczas porodu ważne jest monitorowanie stanu obu płodów, a także monitorowanie stanu drugiego bliźniaka po porodzie pierwszego, aby wykryć wszelkie nieprawidłowości w czynności serca płodu i móc szybko podjąć odpowiednie działania. Przy prowadzeniu porodu drogami natury, kiedy drugi bliźniak może być narażony na niedotlenienie, znaczenie ma także czas między porodem pierwszego i drugiego płodu. Niedotlenienie może być spowodowane przedwczesnym oddzieleniem się łożyska drugiego płodu po porodzie pierwszego, a także powikłaniami pępowinowymi. Optymalny odstęp między porodami bliźniąt podawany przez wielu autorów waha się od 10 do 30 minut.

W porodzie bliźniaczym prowadzonym drogami natury obok powikłań wynikających z położenia płodów mogą wynikać także powikłania zależne od dużego rozciągnięcia macicy. W pierwszym okresie porodu czynność skurczowa może być pierwotnie osłabiona. Poród może trwać dłużej, spowodować zmęczenie rodzącej, mogą pojawić się objawy ucisku narządów miednicy mniejszej, czy też zwiększyć się ryzyko infekcji. Najbardziej niepożądanym powikłaniem może być atonia macicy.

Opieka położnej nad kobietą w ciąży bliźniaczej

Położna, pod której opieką znalazła się kobieta z ciążą bliźniaczą, powinna

utrzymywać dobrą atmosferę spotkań z kobietą, aby ułatwić jej werbalizację wszystkich obaw, niepokojów. Powinna cierpliwie wysłuchać wszystkich dolegliwości i problemów ciężarnej. Większość z nich będzie wynikała z fizjologicznych zmian występujących w ciąży bliźniaczej, trzeba więc udzielić wyczerpujących informacji o zmianach i uspokoić ciężarną. Uważne słuchanie pomoże położnej wyłonić objawy, które mogą zwiastować zagrożenie dla matki i płodów.

Należy pamiętać o udzielaniu porad dotyczących prawidłowego odżywiania (zalecać dietę bogatobiałkową, bogatą w żelazo oraz podkreślać ważność kwasu foliowego) i zdrowego stylu życia. Zawsze należy ocenić nastawienie ciężarnej do porodu i karmienia piersią, zawsze zachęcać do karmienia naturalnego jako najbardziej fizjologicznego sposobu żywienia noworodka.

W trakcie wizyt u kobiety należy zdiagnozować także jej rodzinę, zwrócić uwagę na nieprawidłowe relacje małżeńskie, na brak wsparcia ze strony reszty rodziny. Starsze dzieci kobiety z ciążą bliźniaczą starać się przygotować na pojawianie się nowego rodzeństwa. Przyszłą matkę i ojca do nowych ról należy zacząć przygotowywać znacznie wcześniej niż w ciąży jedнопłodowej. Ważne jest także rozpoznanie statusu społecznego i ekonomicznego rodziny ciężarnej, ponieważ tutaj często może leżeć przyczyna wielu problemów związanych z ciążą bliźniaczą. Należy zawsze się zastanowić jak można pomóc takiej rodzinie. Ważne jest, aby odpowiedzieć rodzicom jak przygotować dom na przyjęcie dzieci.

W trakcie hospitalizacji ważne jest niwelowanie lęków kobiety, ponieważ stres może wpływać ujemnie na stan ciąży. Położna powinna stanowić wsparcie i źródło informacji, po to aby kobieta miała zapewnione poczucie bezpieczeństwa, ale nigdy nie powinna podejmować za kobietę decyzji o podjęciu lub nie proponowanej przez lekarza terapii.

Ważnym zadaniem położnej jest czuwanie nad stanem płodów i ciężarnej tak, aby móc w porę wychwytać wszystkie objawy patologii. Dla ciężarnej z ciążą bliźniaczą opieka powinna być planowana indywidualnie i obejmować nie tylko sferę psychiczną, ale także pomóc w wykonywaniu podstawowych czynności. Ciężarną należy przygotować zarówno do porodu drogami natury jak i do cięcia cesarskiego zarówno fizycznie jak i psychicznie. Jeśli kobieta będzie rodziła drogami natury należy jej wyjaśnić przebieg porodu, nauczyć relaksacji, eliminować lęk, niepokój. W trakcie porodu należy zwracać szczególną uwagę na stan drugiego bliźnięcia, które jest bardziej narażone na niedotlenienie. Nadzór nad kobietą powinien być także prowadzony w trzecim okresie porodu, bezpośrednio po jego zakończeniu oraz we wczesnym połogu.

Okres połogu dla każdej kobiety jest okresem trudnym, a dla kobiety posiadającej bliźniaki jest jeszcze trudniejszy. Matkę należy już w szpitalu przygotować do sprawowania opieki pielęgnacyjnej nad bliźniętami, udzielić jej informacji o fizjologii noworodka, co ułatwi jej pierwsze momenty pobytu w domu. Należy ją zachęcić i nauczyć karmienia piersią. Dobrze jest przeciwyczyć z nią techniki równoczesnego karmienia piersią. Położnicę należy także nauczyć samoobserwacji. Poinformować o trudnościach emocjonalnych i obniżeniu nastroju, jaki może u niej nastąpić.

Szczególnie ważne jest przygotowanie matki do opieki nad noworodkami urodzonymi przedwcześnie, wyjaśnienie znaczenia stymulacji dzieci dotykaniem i nauczenie radzenia sobie w momencie wystąpienia patologii u dzieci.

Podczas odwiedzin w środowisku domowym położna powinna zwrócić uwagę na stosunek rodziny do dzieci. Jeśli w rodzinie są starsze dzieci, to mogą konieczność poświęcenia większej uwagi bliźniętom boleśnie odczuć.

Ojciec bliźniąt może wspierać matkę i pomagać jej w opiece nad dziećmi. Ważna jest ocena jego zaangażowania i uświadomienie jego ważnej roli. To dzięki niemu często kobieta może nie rezygnować z karmienia pierśią przy pojawieniu się pierwszych trudności. Nauczenie ojca opieki nad bliźniętami może bardzo odciążyć zmęczoną matkę. Pomocne dla matki bliźniąt mogą być także kontakty z innymi matkami bliźniąt. Kobiety mogą się wtedy wymienić swoimi doświadczeniami, podzielić radościami, frustracjami i obawami.

*

Ciąża bliźniacza jest złożonym problemem nie tylko medycznym i wymaga kompleksowej opieki zarówno w trakcie jej trwania jak i po jej zakończeniu. Wynika on z dużego odsetka umieralności i zachorowalności okołoporodowej płodów i noworodków, gdzie główną przyczynę upatruje się w dużej ilości porodów przedwczesnych i uszkodzeń okołoporodowych, których leczenie wymaga wieloletniej opieki specjalistycznej.

W związku z rozwojem opieki neonatologicznej zwiększa się możliwość utrzymania przy życiu bliźniąt urodzonych przedwcześnie. Powoduje to wzrost kosztów finansowych. Nakłady te ponosi całe społeczeństwo, w systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Dodatkowe koszty ponoszone są także na opiekę społeczną, ponieważ wiele rodzin posiadających bliźnięta może się z tego powodu znaleźć w złej sytuacji ekonomicznej (zakup podwójnej ilości ubrań, pieluch, mleka, środków czystości itd.). Pojawienie się bliźniąt podwójnie obciąża rodzinę obowiązkami. Bardzo wtedy potrzebne jest wsparcie i pomoc w codziennych obowiązkach dalszej rodziny, znajomych i przyjaciół.

Literatura u autorki

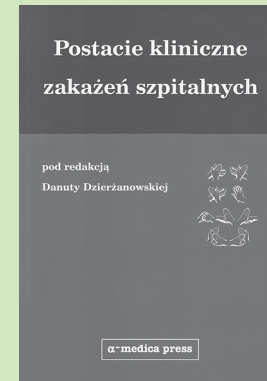
Halina Derendarz
położna
Instytut CZMP w Łodzi

Postacie kliniczne zakażeń szpitalnych

Danuta Dzierżanowska (red.)

Alfa Medica Press, Bielsko-Biała
2007

Oprawa: miękka foliowana, 343 str.
ISBN 978-83-7522-006-3



Nowe wydanie książki o zakażeniach szpitalnych pod redakcją Danuty Dzierżanowskiej. Przewiduje problematykę zakażeń szpitalnych. Omawia szczegółowo zapobieganie, diagnozowanie, przyczyny oraz leczenie. W spisie treści znajdziemy takie zagadnienia jak: zakażenie, SIRS, sepsa, ciężka sepsa, wstrząs septyczny, zakażenia w oddziałach intensywnej terapii, zakażenia w oddziałach noworodkowych, zakażenia w oddziałach onkologicznych, zakażenia w oddziałach chirurgicznych, zakażenia miejsca operowanego, zakażenia w chirurgii jamy brzusznej, zakażenia w kardiologii, zakażenia w neurochirurgii, zakażenia w ortopedii, zakażenia związane ze stosowaniem cewników centralnych, zakażenia szpitalne układu moczowego, szpitalne zapalenie płuc, szpitalne zakażenia przewodu pokarmowego, szpitalne zakażenia grzybicze, szpitalne zakażenia wirusowe, suplement: Definicje kliniczne i podział zakażeń szpitalnych. Bardzo dokładnie opisany przebieg poszczególnych postaci najczęściej występujących rodzajów zakażeń szpitalnych. Książka godna uwagi szczególnie dla epidemiologów, pielęgniarów epidemiologicznych i innych grup zawodowych odpowiedzialnych za profilaktykę zakażeń szpitalnych.

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska
st. specjalista ds. merytorycznych

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź

tel. 042 633 69 63; 042 633 71 06; fax 042 633 68 74

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

www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

Konto bieżące OIPI

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

Biblioteka OIPI

poniedziałek: dzień bez interesantów, 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. 042 633 92 98

Prawo wykonywania zawodu

poniedziałek, środa, czwartek: 8.00 – 16.00; wtorek: 10.00 – 18.00; piątek: dzień bez interesantów

tel. 042 633 32 13

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00 – 18.00; czwartek: 9.00 – 16.00;

tel. 042 633 23 94

Kasa

poniedziałek, piątek: 8.30 – 12.00; wtorek: 12.00 – 17.00; środa, czwartek: 12.00 – 15.00

tel. 042 639 92 76

RADCA PRAWNY

udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów związanych z wykonywaniem

zawodu pielęgniarki i położnej we wtorki: 14.00 – 18.00 i czwartki: 14.00 – 16.00 (tel. 042 633 71 06)

INFORMACJI MERYTORYCZNYCH w godz. pracy biura (tel. 042 639 92 62) **UDZIELAJĄ:**

mgr MARIA KOWALCZYK

AGNIESZKA KAŁUŻNA

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ – mgr IRENA KRÓL

dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00 – 17.00 (tel. 042 633 23 94)

w pozostałe dni kontakt z Krystyną Sawczenko – OIPI (tel. 042 633 23 94)

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

EWA SKIBA

REDAKTOR NACZELNA „BIULETYNU” – mgr MARIA KOWALSKA

dyżuruje we wtorki w godz. 15.00 – 17.00

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

tel. 042 633 22 48

Informacji na temat realizacji zadań samorządu i działalności Okręgowej Rady udzielają:

Przewodnicząca

mgr Krystyna Walewska

środy w godz. 14.00 – 18.00

Wiceprzewodnicząca

mgr Maria Kowalska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca

mgr Elżbieta Krokocka (położna)

Sekretarz

lic. pielęg. Anna Manes

II i IV poniedziałek miesiąca

w godz. 15.00 – 17.00

tel. 042 633 22 48